

UNIVERSITE DE LAUSANNE

Ecole des Hautes Etudes Commerciales et Faculté de Médecine

INSTITUT D' ECONOMIE ET MANAGEMENT DE LA SANTE

MEMOIRE DE DIPLÔME EN ECONOMIE ET ADMINISTRATION DE LA
SANTE PRESENTE PAR

Eliane DESPONDS

**LE TURNOVER : EXEMPLE DES INFIRMIERES
DIPLOMEES AU CHUV**

Directeur de mémoire : Monsieur le Professeur Philippe DELAY

Expert : Monsieur François HEUSCH, infirmier-enseignant au service de la
Formation Continue du CHUV

Février 2001

Je tiens ici à remercier

Monsieur le Professeur Philippe DELAY qui a accepté de diriger ce mémoire

Madame Hélène BRIOSCHI LEVI, Directrice des Soins Infirmiers qui m'a ouvert les portes du CHUV

La Direction élargie des Soins Infirmiers du CHUV

Madame Christiane DOVAT, Infirmière Cheffe du Département de Médecine Interne du CHUV

Monsieur François HEUSCH, infirmier-enseignant au service de la Formation Continue du CHUV

Messieurs Philippe CHAUBERT et Jean- Pierre KLAY, chef et chef-adjoint du Bureau de Gestion du Personnel du CHUV

Monsieur Emmanuel MASSON, chef de l'Office du Personnel des Hospices Cantonaux

Tous mes collègues de travail qui ont vaillamment enduré mes discours, mes doutes et mes moments de découragement et, en particulier **Ariane MONVERT** qui a bien voulu lire ce travail et m'aider à ordonner mes idées

Toutes les infirmières présentes et passées du CHUV

Soyez tous remerciés. Sans votre aide, ce travail ne serait pas.

- *Quand avez-vous commencé ?*
- *Je crois bien que c'était le quatorze mars, dit le Chapelier*
- *Le quinze, rectifia le Lièvre de Mars*
- *Le seize, ajouta le Loir*
- *Notez tout cela, dit le Roi aux jurés. Ceux-ci écrivirent avec ardeur les 3 dates sur leur ardoise, puis les additionnèrent, et convertirent le total en francs et en centimes.*

Lewis Carroll

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION.....	5
1.1 CHOIX DU THEME D'ETUDE.....	5
1.2. DELIMITATION DU CHAMP D'INVESTIGATION.....	6
1.3. METHODE DE TRAVAIL.....	6
2. ELEMENTS THEORIQUES.....	8
2.1 DEFINITIONS.....	8
2.2. MODES DE CALCUL.....	9
2.3. LES TAUX DE ROTATION.....	10
3. LES CAUSES DU TURNOVER : APPLICATION AUX INFIRMIERES ET AU CHUV.....	13
3.1. INTRODUCTION.....	13
3.2. LE CONTEXTE GENERAL DU TRAVAIL.....	13
3.3. LA PROFESSION INFIRMIERE.....	15
3.4. L'INSTITUTION CHUV.....	19
3.5. LES GROUPES.....	30
3.6. L'INDIVIDU.....	32
4. LES CONSEQUENCES DU TURNOVER.....	35
4.1. LA QUESTION DES COÛTS.....	35
4.2. LES AUTRES CONSEQUENCES.....	38
5. PISTES DE REFLEXION.....	42
6. CONCLUSION.....	46
7. BIBLIOGRAPHIE.....	47
8. ANNEXES	

1. INTRODUCTION

1.1. CHOIX DU THEME D'ETUDE

Trois événements survenus à quelques jours d'intervalle, et alors même que je réfléchis au choix d'un thème d'étude pour mon mémoire, m'ont, pour ainsi dire, imposé la problématique du turnover et de ses corollaires. Un cours proposé par un professeur – qui se reconnaîtra – traite du turnover, alors que je prépare une présentation du programme de l'école dans laquelle je travaille, destinée au personnel soignant d'une équipe du CHUV dont les membres sont pour la plupart fraîchement arrivés, ceci en réponse au souci d'un cadre infirmier, celui de maintenir une bonne qualité d'encadrement. Enfin, une jeune diplômée m'annonce sa décision de quitter le CHUV ; sa décision a été difficile à prendre mais maintenant elle se sent soulagée et heureuse d'avoir fait le pas. J'ai donc là un thème d'actualité qu'il est fort intéressant d'étudier. Ma décision, après une brève réflexion, est facile à prendre ; au-delà du constat, il y a peut-être des remèdes possibles. Enfin, je verrai bien.

Je travaille aux Hospices Cantonaux depuis plusieurs années. Je suis venue au CHUV pour y acquérir la formation en soins intensifs et j'y suis restée 10 ans. Actuellement je suis enseignante aux Ecoles de Chantepierre, qui sont également rattachées aux Hospices Cantonaux. Lors des enseignements cliniques – forme d'enseignement qui se déroule au chevet du malade – je me trouve dans la position d'être à la fois actrice côtoyant les équipes et observatrice de mon environnement en tant que professionnelle. J'ai la chance d'enseigner dans plusieurs services et donc de côtoyer plusieurs équipes. Jusqu'à aujourd'hui le turnover m'a inquiété en regard de l'encadrement des étudiants par des infirmières*¹ encore peu aptes – occupées à gérer leur propre intégration – à superviser encore plus novices qu'elles et par l'implication à fournir pour connaître toutes ces nouvelles collègues et mener à bien mon activité pédagogique.

Le turnover, qui semble par ailleurs augmenter depuis 1999, me renvoie à un double sentiment : celui de l'impuissance face à l'ampleur du phénomène et aussi celui de compréhension voire de compassion face à la personne qui choisit de partir, pour ne pas dire fuir. Le phénomène m'évoque la métaphore du château de sable érigé patiemment et que, régulièrement, une vague vient démolir. Les questions de savoir à quoi attribuer ce phénomène, quelles peuvent en être les causes et quelles vont en être les conséquences, peut-on agir, me viennent et, à l'évidence, les réponses ne sont pas simples, sinon nous n'en serions pas là.

La littérature existant sur le sujet est peu abondante et rapidement répétitive, du moins en français, surtout en ce qui concerne la profession infirmière. J'ai donc eu recours à la littérature anglo-saxonne plus abondante – les infirmières nord-américaines ont en particulier une large avance au niveau de la recherche et de la publication – et y ai découvert des éléments susceptibles d'apporter de l'eau à mon moulin. Ces éléments sont néanmoins à utiliser avec précaution, le contexte socio-économique et sociétal étant fort différent : je pense en particulier au système de santé qui, aux USA, est très libéral ainsi qu'aux disparités sociales.

En dépit de la faible documentation locale, tout ce que j'ai observé, vu et entendu m'a enjoint à d'abord chercher à cerner le problème, tant que faire se peut, avant de me lancer dans l'aventure d'une quelconque interprétation ou offre de suggestions sans argumentation.

J'ai très rapidement dû me rendre à l'évidence : le problème n'est pas du tout circonscrit et ne peut l'être aisément. Certains ouvrages généraux traitant des ressources humaines couplent souvent

a ¹ j'utiliserai le terme « infirmière » au féminin pour désigner infirmiers et infirmières

turnover et absentéisme par exemple. De plus, l'approche des modes de calcul, un tableau des causes possibles, un autre sur les conséquences et des recommandations sur l'utilité de tableaux de bord suffisent souvent à « expédier » le chapitre.

La complexité du phénomène induite par sa composante humaine, non réductible à une approche scientifique, me stimule et m'inquiète à la fois. Je suis par contre tout à fait rassurée quant au bon choix de l'objet de mon étude en regard du diplôme en préparation ; en effet, le turnover recouvre à la fois des aspects économiques et de gestion. Il renvoie à des choix politiques, à des connaissances sociologiques et psychologiques - pour ce qui concerne les organisations, le travail en équipe ainsi que les choix des employés - et peut s'appliquer à ma profession. Je sais que je dois veiller à ne pas me disperser sous prétexte de respecter la complexité du phénomène ni réduire le sujet à des chiffres dans lesquels le facteur humain ne se retrouve pas.

1.2. DELIMITATION DU CHAMP D'INVESTIGATION

J'ai choisi de limiter mon étude au turnover externe, au cadre du CHUV et à la population des infirmières diplômées à l'exclusion des cadres.

Ce choix de la population exclusive des infirmières diplômées va probablement compliquer mes investigations car, au niveau administratif, le personnel soignant est souvent traité comme une entité globale. En effet, infirmières, infirmières-assistantes et aides non-qualifiées ainsi que parfois techniciennes de salle d'opération, physiothérapeutes, ergothérapeutes – ou tout personnel non détenteur d'un diplôme universitaire et travaillant au chevet du malade – sont souvent amalgamés en une seule catégorie ce qui ne m'arrange pas du tout, le turnover pouvant être très différent au sein de ces soignants.

1.3. METHODE DE TRAVAIL

Dans un premier temps, j'ai imaginé pouvoir consulter les dossiers nominatifs des personnes ayant quitté le CHUV pour y rechercher les motifs de départ. J'ai dû renoncer à ce mode d'investigation pour des raisons d'éthique de recherche. Ces dossiers contiennent des données confidentielles (entre autre : évaluations, certificat de travail) et il s'avère que je connais un certain nombre des personnes parties et que je suis susceptible de les retrouver un jour comme collègues de travail.

Il me faut donc suppléer à ce manque de données de base par une approche indirecte par le biais d'entretiens avec des cadres qui ont accès à ces renseignements.

Ma recherche va être présentée en quatre volets qui sont autant de chapitres :

- . connaissances théoriques et générales en lien avec le turnover
- . causes du turnover de la population infirmière du CHUV
- . les conséquences du turnover infirmier pour le CHUV
- . en guise de conclusion : quelques pistes de réflexion

Mon « fil rouge » sera la question suivante :

est-il possible et souhaitable de diminuer le turnover des infirmières du CHUV ?

2. ELEMENTS THEORIQUES

2.1. DEFINITIONS

J'utilise le terme de « turnover » dont l'origine est anglo-saxonne mais qui est souvent repris tel quel dans la littérature française ou, parfois traduit par taux de rotation.

De mes lectures j'extrait 3 définitions qui me semblent se compléter : pour GALAMBAUD ², le turnover est « *la rupture du lien contractuel salarié-employeur* » ; pour SEKIOU-BLONDIN ³, c'est « *tous les mouvements d'entrées et de sorties définitifs de travailleurs dans l'organisation durant un intervalle de temps précis, généralement une année* ». Enfin, pour PRICE ⁴, « *turnover is the degree of individual movement across the membership boundary of a social system* » .

A noter que parfois la notion de turnover s'applique aussi aux mouvements internes à l'entreprise, ce que je ne retiendrai pas dans le présent travail. D' autres précisions données par plusieurs auteurs distinguent :

- le turnover inévitable, prévisible ou non, par retraite, invalidité, fin de contrat, déménagement, reprise d'études, famille, etc
- du turnover évitable dont les causes les plus souvent citées sont, dans ce cas, l'ambiance de travail, les avantages sociaux et/ou salariaux d'autres entreprises, les relations de travail avec les collègues et/ou les supérieurs hiérarchiques, l'erreur d'engagement, etc
- une troisième catégorie apparaît parfois, c'est celle du turnover souhaité concernant par exemple les cas sociaux, l'incompétence, la faute grave

Concernant ces définitions, je relève plusieurs éléments essentiels :

- le turnover peut être perçu comme de la mobilité avec un projet ou comme de l'instabilité ; c'est une action du sujet ou une réaction. Il y a une notion de rupture, d'acte définitif, entier et ultime : c'est donc une décision de poids avec des conséquences importantes
- les causes qui peuvent amener au départ d'un employé sont multiples
- la décision peut être prise d'un commun accord, elle peut venir de l'employeur ou de l'employé ; elle concerne le plus souvent un individu, elle peut parfois toucher un groupe. C'est la conjonction d'effets dus aux acteurs et de facteurs organisationnels. La décision dépend donc des caractéristiques du système, de son environnement (contexte, alternatives) et des acteurs en présence, en particulier de leurs connaissances et de leurs potentialités (ce que sait, ce que veut et ce que peut l'acteur).
- le turnover donne une vision de l'entreprise en termes de flux
- indirectement, par l'appréciation faite sur le degré de mouvement , le turnover donne une image, positive ou négative, de l'entreprise à l'interne et à l'externe si ce taux est publié

b ² GALAMBAUD B., « *des hommes à gérer* », Paris : Entreprise Moderne d'Édition, 1983

c ³ SEKIOU L., BLONDIN L. et al, « *gestion des ressources humaines* », Bruxelles : De Boeck Université, 1998

d ⁴ PRICE J.L., « *the study of turnover* », Ames : the Iowa State University Press, 1977

2.2. MODES DE CALCUL

Plusieurs ratios permettent de calculer le turnover ; ils ne sont pas toujours spécifiés en regard des chiffres qu'on peut trouver et ils réservent parfois des surprises ainsi que nous le verrons en abordant les chiffres publiés par le CHUV.

La mesure la plus classique est :

$$\frac{\text{nombre de départs} \times 100}{\text{nombre de postes de travail (effectif moyen)}}$$

ce qui donne un résultat en pourcentage. Le calcul s'effectue en EPT (équivalents plein temps) et l'effectif moyen est pris soit en relevant l'effectif de chaque mois en divisant ensuite par douze soit au 30 juin de l'année.

Il existe 2 alternatives qui sont :

- $$\frac{\text{nombre d'entrées} + \text{nombre de sorties} / 2}{\text{effectif moyen}}$$
- $$\frac{\text{nombre de départs}}{\text{nombre d'employés en début de période} + \text{en fin de période} / 2}$$

Si l'effectif est constant, c'est-à-dire si le nombre de départs est compensé par un même nombre d'arrivées et que l'effectif moyen varie peu, le taux déterminé par ces 3 modes de calcul ne présente pas de grande différence. Par contre, il sera important de spécifier la mesure utilisée lorsque il y a par exemple dégraissage, recrutement massif ou variations saisonnières et surtout de réutiliser le même d'année en année si on veut pouvoir comparer les résultats obtenus et les discuter.

PRICE ⁵ et SEKIOU-BLONDIN ⁶ proposent d'autres éléments de calcul tels que :

- le temps moyen de service qui peut apporter des renseignements intéressants mais aussi cacher une forte variance
- le taux de survie c'est-à-dire le nombre de nouveaux qui restent durant un temps T divisé par le nombre total de nouveaux membres
- ou le taux de perte c'est-à-dire le nombre de nouveaux qui sont repartis sur le temps T divisé par le nombre total de nouveaux membres

Si je prend l'exemple du CHUV et des infirmières en 1999, on voit par exemple (référence : statistiques du Bureau de Gestion du Personnel du CHUV) que, en équivalents plein temps, le taux

e ⁵ PRICE J.L., "*the study of turnover*", Ames : the Iowa State University Press, 1977

f ⁶ SEKIOU L.,BLONDIN L. et al., "*gestion des ressources humaines*", Bruxelles : De Boeck Université, 1998

de perte à un an ($T = 1$ an) est de 30,2%. Ce taux pourrait être intéressant à suivre si on pense qu'une mesure introduite pour tenter de freiner le turnover est d'assurer « *un processus d'accueil et d'intégration en vue de favoriser la fidélisation des collaborateurs* ». (Source : rapport annuel de la Direction des Soins Infirmiers, 1999).

MARTORY ⁷ quant à lui suggère d'affiner les mesures du turnover par type de départ, c'est-à-dire départs associés à une caractéristique ou par catégorie telles que profession , spécialisation, service, sexe, nationalité, etc

Ces ratios plus pointus devant permettre de mieux cerner le phénomène et, si possible et désirable, de recruter les catégories susceptibles de stabilité.

2.3. LES TAUX DE ROTATION

Qu'est-ce qu'un bon taux de turnover ? Quand faut-il parler de taux bas ou élevé ? Si vous attendez une réponse absolue, un chiffre précis, vous serez déçu !

Comme le dit MARTORY (1992), il n'y a pas de norme objective ; le taux de turnover est davantage un indicateur, un thermomètre qu'une référence absolue.

Si le taux est à apprécier selon des critères relatifs, lesquels faut-il prendre en compte ? On peut dégager un certain nombre de facteurs de variance de ce taux ; citons entre autres :

- le climat social de l'entreprise
- le climat social de l'environnement : une période de récession ou de croissance économique aura des effets sur le taux de turnover ; je citerai un exemple tiré de PETITAT ⁸ : au Canada en 1968 à l'Hôpital de Notre-Dame de Montréal le turnover infirmier était de 53% auquel il fallait ajouter 30% de transferts internes; les élèves sont à ce moment plus stables que les diplômées ! Dans les années 70, avec la crise économique et les coupes budgétaires dans les programmes sociaux le taux baissera fortement.
- la composition interne des employés : citons par exemple la structure d'âge, de sexe, de niveau de formation, le statut social
- la proximité entre lieux de domicile et de travail ainsi que les moyens de transport
- le secteur de travail : secteur public ou privé ; la vente, la restauration sont par exemple des secteurs à fort turnover
- la profession : les infirmières ont par exemple un taux traditionnellement plutôt élevé

g ⁷ MARTORY B., « *les tableaux de bord sociaux* », Paris : Nathan, 1992

h ⁸ PETITAT A., « *les infirmières : de la vocation à la profession* », Montréal : Boréal, 1989

- le temps historique et la culture : l'Amérique du Nord valorise la mobilité à l'inverse par exemple de la Suisse où des valeurs telles que attachement à l'entreprise, fidélité perdurent encore qu'en perte de vitesse actuellement. Pour GONNET ⁹, « *une stabilité forte du personnel au sein d'une unité sera considérée comme un indice de bon fonctionnement et une rotation importante comme le signe d'un problème... Ces valeurs sont encore très ancrées à l'hôpital et ne bougent que très lentement* ».
- les phases de l'entreprise : EMERY-GONIN ¹⁰ différencie la nécessité d'un turnover élevé en phases de création et de croissance d'une entreprise d'un taux plus bas en phase de maturité.
- le degré de qualification des employés : si un « MacDonald » peut se permettre, voire rechercher, un turnover élevé, un quatuor à cordes professionnel a besoin de plusieurs années pour s'ajuster : si un instrumentiste partait chaque année (ce qui correspondrait à un turnover de 25%, soit le taux annoncé par le CHUV pour les infirmières en 1999), la formation musicale n'y survivrait probablement pas.

Il faut souligner d'emblée que le turnover n'est pas a priori un phénomène négatif : il a de bons côtés tels que l'apport de sang neuf, d'enthousiasme et d'engagement; il peut permettre de débloquer des conflits, d'innover, d'apporter des compétences « up to date » et, en corollaire, de voir partir des employés en burn-out, fonctionnant en « service minimal » ou dépassés. Reste à savoir si ceux qui partent sont bien ce que ABELSON-BAYSINGER ¹¹ nomment les départs fonctionnels et si ceux qui arrivent sont des recrues intéressantes pour l'entreprise.

Un autre aspect positif d'un turnover suffisant est, pour l'entreprise, d'assurer un volant de régulation du nombre de salariés, évitant ainsi le recours aux licenciements, et des qualifications requises ainsi qu'un équilibre de la pyramide des âges des employés.

Est-ce à dire alors qu'un taux de rotation élevé est une bonne chose ? Plusieurs auteurs nuancent cette vision. Pour GALAMBAUD ¹², « *toute organisation a besoin pour fonctionner correctement d'une certaine stabilité de ses membres, de permanence, de leur expérience, de leur mémoire...* ». MARTORY ¹³ y voit un problème si le taux varie beaucoup : « *toute accélération significative du turnover doit être analysée : elle traduit nécessairement un déséquilibre au sein de l'entreprise ou entre elle et son environnement...* ».

Ce serait donc davantage la variation que le taux en lui-même qui serait à considérer.

Enfin, la plupart des écrits anglo-saxons décrivent le turnover comme un problème majeur ; TAI et all. ¹⁴ par exemple insistent sur les effets négatifs et, dans le secteur des soins, sur les conséquences en termes de coûts, de qualité des soins et d'impact sur la cohésion des équipes.

En résumé, comment une entreprise peut-elle évaluer son taux de turnover et comment juger si il est bon ? MARTORY ¹⁵ utilise une métaphore appropriée au domaine de la santé : il faut naviguer entre hémorragie et thrombose . Il est particulièrement utile pour l'entreprise de :

i ⁹ **GONNET F.**, « *l'hôpital en question(s)* », Paris : Lamarre, 1992

j ¹⁰ **EMERY Y., GONIN F.**, « *dynamiser les ressources humaines* », Lausanne : Presses Polytechniques Universitaires Romandes, 1999

k ¹¹ **ABELSON-BAYSINGER** cités in **TAI T.W., BAME S.I., ROBINSON C.D.**, « *review of nursing turnover research 1977-1996* », Social Science &Medecine, 47 (12) : 1905-24, 1998 Dec.

l ¹² **GALAMBAUD B.**, « *des hommes à gérer* », Paris : Entreprise Moderne d'Édition, 1983

m ¹³ **MARTORY B.**, « *les tableaux de bord sociaux* », Paris : Nathan, 1992

n ¹⁴ **TAI T.W., BAME S.I., ROBINSON C.D.**, « *review of nursing turnover research 1977-1996* », Social Science &Medecine, 47 (12) : 1905-24, 1998 Dec.

- comparer son taux au fil des ans
- comparer son taux avec celui d'institutions comparables (encore faut-il que beaucoup d'entreprises fassent l'exercice et publient leurs résultats)
- comparer avec l'ensemble des professions (benchmark)
- comparer les coûts engendrés par ces départs

En conclusion de ce chapitre, essentiellement fondé sur des éléments théoriques, j'ai pu donc me rendre compte que le turnover n'est ni un phénomène nouveau, ni spécifique à un secteur d'activité ou à une profession.

3.LES CAUSES DU TURNOVER : APPLICATION AUX INFIRMIERES ET AU CHUV

3.1. INTRODUCTION

J'avais tout d'abord imaginé introduire ce chapitre par une description du contexte relative au lieu et à la profession choisies, mais tout me ramenait immédiatement aux causes. J'ai donc opté pour une approche par niveaux :

- contexte général du travail
- contexte spécifique professionnel et géographique
- le CHUV en tant qu'institution
- les équipes soignantes
- les soignants en tant qu'individus

Présenté ainsi, les niveaux semblent s'emboîter assez bien, mais, dans la réalité, ils sont en étroite interdépendance et ont donc tendance à se chevaucher. Mon découpage est donc arbitraire.

3.2. LE CONTEXTE GENERAL DU TRAVAIL

Je ne cherche pas ici à faire une présentation exhaustive de la situation du travail et de son évolution ; mon but dans ce chapitre est de relever ce qui a trait directement au turnover.

J'ai identifié 3 éléments essentiels :

A/ • l'état de santé de l'économie et du marché du travail : le taux de chômage en général, et dans une branche en particulier, va faciliter ou non le passage d'une place de travail à une autre. J'ai vu en abordant les chiffres du CHUV que la courbe de turnover « colle » bien avec les fluctuations économiques vécues ces dernières années. La reprise économique agit en diminuant l'attractivité de la profession, en augmentant les possibilités de reconversion et en améliorant les opportunités. Je citerai encore 2 aspects spécifiques à la situation locale : tout d'abord, la situation de concurrence : en ce qui concerne les infirmières, les conditions de travail et de salaire ne sont pas harmonisées, ce qui encourage à rechercher les lieux de travail les plus favorables; d'autre part, en ce qui concerne le CHUV, il y a concurrence sur la place : la région lausannoise est riche en cliniques, structures spécialisées, établissements médico-sociaux, centres de soins à domicile, activités indépendantes.

B/ • le deuxième aspect qui me semble intéressant à traiter ici est la valeur du travail : si je me réfère à des éléments de la sociologie du travail et des organisations, on parle volontiers de crise d'identité collective au travail ; c'est un phénomène généralisé auquel les infirmières n'échappent pas.

ROUSSELET ¹⁶ parle déjà d'allergie au travail chez les jeunes, voire les moins jeunes avec une augmentation de l'absentéisme et du turnover, du recours à l'intérim, du refus d'emplois à responsabilités. Il y a dit-il « dévalorisation de la valeur travail, crise de la valorisation de soi par le travail ».

Pour HERZBERG ¹⁷ et les tenants de l'Ecole du Développement, les sources de satisfaction ne peuvent être que intrinsèques au travail : c'est la nature des tâches, la reconnaissance, la possibilité de progresser qui font sens. Les facteurs extrinsèques tels que salaire, relation avec les collègues et les supérieurs ne peuvent être que des sources d'insatisfaction. La théorie est contestée.

LALIVE ¹⁸ relève néanmoins que : « *l'attachement de l'employé à l'entreprise tient au contenu même de l'emploi. Celui-ci doit lui offrir la mise en valeur de ses aspirations et la possibilité de réaliser certaines exigences d'expressivité et d'épanouissement personnel* ».

Ces 2 derniers auteurs nous interrogent sur ce qui fait actuellement sens dans le travail ; j'y reviendrai en abordant l'évolution du travail infirmier : l'écart entre la profession imaginée et les réalités du travail me semblant être un des facteurs de départ.

Dans une société de consommation, de progrès technologique, de mobilité individuelle, de changement des rôles (en particulier pour les femmes), de nouveaux styles de vie, que devient la valeur « travail » ? Pour CÔTE ¹⁹, le travail se périphérise, il y a désaffection ou investissement de fantasmes tels que s'y réaliser, s'y épanouir, changer tout et tout de suite, d'où un choc avec la réalité. On peut également citer la mise en cause des phénomènes d'autorité.

Du côté des entreprises, les mutations sont également profondes : à l'apologie du changement, de l'adaptation, du risque, de la mobilité font pendant la globalisation, les restructurations, le gain rapide au prix de licenciements de masse. Les comportements opportunistes, des 2 côtés, sont ainsi privilégiés.

On peut se demander avec des théoriciens du management anglo-saxons si la fin du salariat (voire même du travail) n'est pas programmée ; le contrat commercial remplaçant progressivement le contrat de travail traditionnel. On en voit déjà des éléments précurseurs tels l'intérim, les contrats à durée déterminée, l'augmentation des indépendants, et, dans le secteur public, la fin du fonctionariat et la montée du « new public management ». Tous ces changements dans le monde du travail tendent à la diminution réciproque de la fidélité entre employeurs et employés.

L'irruption massive des aspects et du vocabulaire économiques (rentabilité, concentration, réorganisations, rationalisation) ne sont-ils pas des facteurs de désenchantement surtout dans une profession souvent choisie pour ses aspects humains ?

C/. le troisième aspect est d'ordre plus théorique ; PRICE ²⁰ établit dans une métaanalyse de la littérature sur le turnover un certain nombre de corrélations c'est-à-dire de liens, de prédictivité entre monde du travail et turnover ; la corrélation est :

- forte pour les éléments tels que :
 - . la durée de service
 - . l'âge (corrélation négative)
 - . le taux de chômage et les opportunités de départ
- moyenne en ce qui concerne :
 - . le niveau de qualification (corrélation négative)

p ¹⁶ ROUSSELET cité in FRANCES R., « *la satisfaction dans le travail et l'emploi* », Paris : P.U.F., 1981

q ¹⁷ HERZBERG H., « *le management* », Paris : les Editions d'Organisation, 1989

r ¹⁸ LALIVE cité in LANZA D., « *identités au travail et socialisation professionnelle : le cas des infirmières* », mémoire de l'Université de Genève, FSES, 1997

s ¹⁹ COTE N., BELANGER L., JACQUES J., « *la dimension humaine des organisations* », Montréal : G.Morin Editeur, 1994

t ²⁰ PRICE J.L., « *the study of turnover* », Ames : the Iowa State University Press, 1977

. le pays (cultures à plus ou moins fort turnover)

- faible voire controversée en ce qui concerne le niveau d'éducation, le niveau de responsabilités (on peut observer par exemple au CHUV que les cadres infirmiers ont un taux de rotation beaucoup plus faible que les soignants), le sexe (turnover supérieur chez les femmes) et le travail à horaires de nuisance (corrélation positive).

PRICE signale enfin un facteur qui tend à augmenter les taux de rotation et qui est la centralisation, c'est-à-dire le pouvoir concentré et du haut vers le bas et 3 facteurs qui tendent à l'abaisser : les salaires attractifs, l'intégration dans le groupe primaire (j'y reviendrai au point 3.5.) ainsi que la communication formelle et informelle.

Il faut bien entendu croiser ces variables ; ainsi l'âge peut être en lui-même un facteur déterminant mais aussi se coupler à des opportunités supérieures de changement ou à un niveau moyen d'éducation qui va croissant.

Nous verrons que la population infirmière est intéressée par plusieurs de ces facteurs de corrélation, en particulier opportunités, âge, sexe, culture (provenances des infirmières), horaires de travail, conditions salariales et, en ce qui concerne le CHUV, centralisation et communication.

3.3. LA PROFESSION INFIRMIERE

Je ne vais pas me lancer dans un historique complet et détaillé des soins infirmiers mais tenter une mise en perspective de ses caractéristiques ayant un rapport avec le turnover.

L'histoire des soins infirmiers est marquée par leur origine caritative et par la prédominance féminine de la profession. Pour COLLIERE ²¹ , la dualité reste présente chez les infirmières toujours marquées par l'histoire, la vocation d'une part et la modernité c'est-à-dire la volonté d'en faire une profession d'autre part. De même, les infirmières sont tiraillées entre profession auxiliaire et autonomisation.

Cet héritage explique largement le « retard » dans les conditions de travail et de salaire.

La profession a beau coup changé depuis quelques décennies : la formation s'est développée et allongée et vise actuellement à devenir une HES. La nature du travail a également beaucoup évolué : technicité, complexification des situations, vieillissement de la population, diversification des soins, des lieux de soins (même si l'hôpital continue à symboliser l'activité infirmière et reste majoritairement le premier lieu de travail post-diplôme), réduction des durées de séjour hospitalier ont, entre autre, marqué la profession.

Tout ceci contribue d'une part à la nécessité de redéfinir une identité professionnelle mais aussi à des revendications visant à la reconnaissance de la profession. Les infirmières ont progressivement pris conscience du hiatus entre ce qui est requis d'elles et leur traitement. Dans la population, l'image des infirmières reste positive mais la perception des mauvaises conditions de travail émerge.

A ces caractéristiques il faut, en ce qui concerne la Suisse, en ajouter 2 plus récentes : le recours de plus en plus massif à du personnel étranger et la pénurie de personnel formé.

Je vais développer quelques points de la situation actuelle :

A/• la population infirmière en activité se caractérise par :

- une prédominance marquée et persistante des femmes dans la profession : il semble même

u ²¹ COLLIERE M.-F., *"promouvoir la vie"*, Paris : InterEditions, 1982

que le pourcentage aille en augmentant. En 1980, une étude de Pierre GILLIAND ²² fait état de 74% pour l'ensemble de la Suisse. Les statistiques de l'ISE (Institut de Santé et d'Economie, 1999) font état, toujours pour la Suisse de 90% de personnel féminin. Ce qui correspond aussi à la répartition actuelle dans les Ecoles de soins du canton.

- une durée de vie professionnelle estimée comme courte mais non chiffrée : les estimations tournant entre 5 et 10 ans. Le mariage, la maternité apparaissant comme des freins majeurs à l'activité professionnelle: il y a balance entre l'apport économique et le coût social et familial. Les infirmières sont donc souvent jeunes surtout dans certains lieux de soins tels que l'hôpital.
- un pourcentage élevé d'infirmières étrangères (c'est-à-dire au bénéfice d'un permis d'établissement ou d'une autorisation annuelle de séjour) et qui tend à augmenter : les chiffres de P.GILLIAND en recensaient 16% en 1980 pour l'ensemble de la Suisse, 25% en 1990 et 30% en 1997. Ces chiffres se retrouvent pour le canton de Vaud. Le CHUV lui se situe au-dessus de la moyenne avec 42% en 1997. Pour des questions de langue, les pays de provenance sont essentiellement le Canada francophone, la France et la Belgique.

En résumé, on peut dire que la population infirmière est jeune, féminine, largement d'origine étrangère et faiblement organisée ; en effet, l'adhésion à l'Association Suisse des Infirmières ou à un syndicat reste faible.

B/• les conditions de travail sont caractérisées par :

- des disparités selon les cantons, les secteurs et le statut (public, parapublic, privé) ce qui amène à rechercher les conditions les meilleures
- cette disparité concerne aussi bien les conditions matérielles (par exemple les horaires), professionnelles (responsabilités, possibilités de promotion, de formation) que économiques (salaire, possibilité et prix du parcage, possibilité et coût de garderie, etc).
- certaines disparités existent aussi à l'intérieur des institutions; je citerai par exemple les horaires de nuisances: ils peuvent être minimes voire inexistantes dans des services de consultation et importants dans des services tels que les soins intensifs, les Urgences
- à titre indicatif, le CHUV a actuellement un horaire hebdomadaire de 42h30 pour un plein temps, des possibilités de temps partiel et de congés non-payés et une jeune infirmière de niveau II (soit 4 ans d'études) gagne en l'an 2000 un salaire brut de 4519.- par mois en début de carrière et au maximum 6122.- après 10 ans de service.

C/• actuellement la profession est marquée par une situation de pénurie; la situation a été fluctuante au cours du temps mais en 1982 à Genève un rapport de motion dit déjà que *« l'infirmière suisse est une denrée rare et la mobilité importante aggrave la situation. »*

Dans le canton de Vaud a été réalisé en 1999 une évaluation des besoins en professionnels de la santé. La pénurie y est définie comme suit : *« il y a pénurie lorsque pour un bien, un service ou un personnel la demande est supérieure à l'offre. Il y a aussi pénurie pour l'économie nationale lorsque la demande étant satisfaite, elle ne l'est que grâce à l'importation ou l'immigration. »*

4 éléments permettent d'affirmer qu'il y a actuellement pénurie réelle :

- . le recours croissant à du personnel étranger
- . la difficulté à trouver du personnel suisse

v ²² **GILLIAND P. (travaux réunis par)**, *« les défis de la santé : les professionnels »*, Lausanne : Réalités Sociales, 1980

- . la difficulté à recruter du personnel étranger
- . la difficulté à repourvoir les postes vacants

En effet, si la demande semble à l'avenir devoir s'accroître (enquête menée auprès d'employeurs par l'étude citée plus haut) l'offre stagne. A titre d'exemple, le canton de Vaud délivre environ 250 diplômes par an (dont un tiers à des étudiants provenant d'autres cantons et qui vont rentrer chez eux) et le CHUV à lui seul recrute environ le même nombre de nouvelles infirmières chaque année. Dans l'étude menée, 64% des établissements reconnaissent avoir des difficultés à recruter.

Un article de U.WEYERMANN ²³ dans la Revue Soins Infirmiers d'août 2000 fait état pour la Suisse de 1300 à 2000 postes vacants, de problèmes pour recruter du personnel étranger et de la diminution du nombre de places occupées dans les écoles chiffrée à moins 15% entre 1991 et 1999. En octobre 2000, la même revue réévalue les places vacantes à 2000-2500 et la baisse du nombre de diplômes délivrés entre 1991 et 1999 à 39%.

La pénurie semble surtout problématique en ce qui concerne les infirmières spécialisées en soins intensifs, salle d'opération, néonatalogie, anesthésie.

Si les besoins semblent devoir augmenter en nombre réel, il faut adjoindre un deuxième facteur de hausse en ce qui concerne le canton de Vaud et le CHUV en particulier : si le futur nouveau statut du personnel de l'Etat de Vaud entre en vigueur, la durée du travail hebdomadaire diminuera de une heure, une cinquième semaine de vacances sera accordée aux employés âgés de moins de 50 ans et les heures de nuit seront compensées à hauteur de 120%. Au total, ce sont entre 100 et 200 – selon les sources – postes supplémentaires qui devraient être créés .Et, déjà, la Fédération des Hôpitaux Vaudois réclame 143 postes supplémentaires pour le personnel soignant pour soulager la surcharge et s'aligner sur le statut de l'Etat de Vaud.

Il faut néanmoins signaler qu'actuellement (décembre 2000), au CHUV, tous les postes budgétés sont pourvus si on inclut les poolistes et les intérimaires.

En ce qui concerne les infirmières étrangères, les journaux se sont dernièrement fait l'écho des problèmes actuels; le « 24heures » du 11 septembre 2000 titrait sur le tarissement de la filière québécoise et « Libération », en France, sur « l'hémorragie d'infirmières en Europe ». Le Québec a dernièrement lancé une opération de rapatriement de ses infirmières et la concurrence s'accroît entre cantons et avec la France pour ce marché québécois. En Europe un rapport de l'OMS de 1997 et en France une étude du CREDES en 1998 font état d'une pénurie quantitative liée à l'augmentation des besoins en matière de santé associée fort vraisemblablement à l'encadrement des dépenses et d'une pénurie qualitative dans certains secteurs ainsi que d'une baisse du nombre de personnes en formation.

De plus, on peut se demander si les conditions de travail et de salaire font encore la différence pour attirer du personnel en Suisse : dans les régions frontalières ça semble encore le cas du moins avec la France mais le CHUV n'a pas cet avantage.

Face à cette situation délicate il apparaît heureusement des réactions à différents niveaux : les infirmières ont déclenché en Suisse Romande divers mouvements de protestation et le dernier Congrès de l'ASI (Association Suisse des Infirmières) en mai 2000 a envisagé le recours à la grève à l'échelon national si nécessaire. Au niveau politique, à l'échelon national R.Joder a déposé une motion au Conseil National le 5 octobre 2000 « pour une valorisation des soins infirmiers » et P.Hollenstein une interpellation au même Conseil National pour des statistiques sanitaires qui mentionnent les soins infirmiers. Une plus grande visibilité de la profession pouvant être bénéfique.

w ²³ WEYERMANN U., « pénurie de personnel infirmier », Revue Soins Infirmiers, 7/2000

Dans le canton de Vaud, Edna Chevalley, infirmière et députée a déposé une motion au Grand Conseil Vaudois le 10 octobre 2000 : elle parle de situation critique et de surcharge de travail. « *Le manque de considération pour les professionnels des soins infirmiers est responsable d'un bon nombre de départs non seulement des institutions de soins mais aussi de la profession elle-même. D'autres professions sont plus attractives* » écrit-elle. Sa motion s'intitule « revalorisation de la profession » au sens des conditions de travail et de rémunération qui prennent en compte de manière importante les responsabilités, la charge psychique et physique de même que la pénibilité du travail en général.

De son côté, l'Association Suisse des Infirmières demande en octobre 2000 l'amélioration des conditions de travail « externes » (salaires, horaires, promotions) et « internes » (marge de manœuvre, de décision, autonomie).

Si j'ai consacré de l'importance à cette notion de pénurie, c'est parce que je crois fortement à son lien avec le turnover. En effet, les nombreuses offres d'emploi facilitent la mobilité surtout pour des infirmières en provenance du CHUV qui ont acquis dans ce lieu de travail une bonne réputation.

Des étudiants en fin de formation à l'Ecole de Chantepierre ont récemment, pour valider un cours théorique, été visiter et questionner des cadres infirmiers dans diverses institutions de soins du canton telles que cliniques privées, EMS, hôpital psychiatrique, ou encore agence intérimaire : tous ou presque sont revenus avec des offres d'emploi !

Pour résorber cette situation de pénurie, il faudra du temps et des bonnes volontés. Je pense en particulier au niveau politique qui a fortement contribué à la situation actuelle. B.Grillet, chargée des professions soignantes au service du Médecin Cantonal à Genève disait ainsi récemment que « *il n'y a pas eu de réflexion à long terme sur le rôle des infirmières dans l'évolution du système de la santé. On a coupé dans les soins, investi dans la technologie, sans penser au lendemain. Personne n'avait prévu une telle pénurie.* »

Si les dégâts sont vite créés, ils mettront du temps à être réparés : décider, former plus de personnel, c'est-à-dire augmenter les places dans les écoles et les stages, puis ensuite prendre des mesures pour conserver ce personnel formé en augmentant l'attractivité de la profession, voilà une tâche d'envergure et de longue haleine.

En attendant, si la pénurie d'infirmières suisses persiste et que les sources traditionnelles de recrutement étranger se tarissent, à qui recourir ? Il existe un problème de langue et de niveau de formation. Le recours à d'autres pays pourrait avoir des conséquences négatives sur les conditions de travail et de salaire sans compter sur la qualité des soins.

Dans ce domaine, le CHUV semble aller vers une alternative plus intéressante : faire avec moins d'infirmières en leur octroyant des renforts (aides formées, personnel de secrétariat,...) qui leur permette de se recentrer sur leur fonction première : les soins aux patients.

Si cette situation est problématique, les conditions extrêmes actuelles sont aussi une occasion propice à des changements profonds et à une revalorisation de la profession.

3.4. L'INSTITUTION CHUV

Je reviens sur les caractéristiques essentielles de l'institution CHUV ainsi que sur les changements profonds qui y ont lieu. J'aborderai ensuite la situation actuelle du turnover dans cette institution.

Lorsque je suis arrivée à Lausanne en 1981, le CHUV en tant qu'entité sociale n'existait pas : le bâtiment actuel était en construction. J'ai été engagée par l'Hôpital Cantonal qui était constitué d'un ensemble de pavillons éparpillés dans le quartier. On n'avait pas alors le sentiment de faire partie d'un ensemble mais d'appartenir à une « maison ». C'est en 1982–1983 que le déménagement s'est fait progressivement dans la « cité hospitalière » du CHUV : c'était comme de déménager d'un village dans une grande ville.

Puis, en 1991, ont été créés les Hospices Cantonaux dont le CHUV fait partie avec les institutions psychiatriques, les Ecoles et des institutions telles que Département de médecine et santé communautaires. Là, c'est la mégapole ! Actuellement, les Hospices Cantonaux c'est 7000 employés et un budget d'environ 800 millions par an.

Je développerai 2 points en particulier : le CHUV en tant que institution de service public et le CHUV en tant qu'organisation.

1/. Le CHUV est une institution du Service Public du Canton de Vaud, ce qui fait de la grande majorité de ses employés des fonctionnaires de l'Etat de Vaud. L'Etat joue donc un rôle important dans la gestion du CHUV, diminuant ainsi la marge de manœuvre de l'institution.

Un lien est souvent évoqué entre le secteur public et le turnover mais controversé quant à son effet.

BOYE-ROPERT ²⁴ dit que *« pour un nombre grandissant d'organisations du Service Public, les imbrications avec la logique de marché sont plus fortes et rendues plus visibles par les gestions statutaires des structures et par les transferts du management du privé. En revanche, les objectifs sont rendus plus opaques par des finalités qui se perdent dans des déficits de communication. C'est parce qu'ils ne reconnaissent plus les valeurs et les objectifs de l'action publique que les salariés du secteur public sont parfois déstabilisés »*. Ceci irait dans le sens d'un turnover accru dans le service public.

Ces constatations sont-elles valables en ce qui concerne le CHUV ? Pour ce qui est de l'intrusion de la logique économique dans l'hôpital, on peut assurément répondre affirmativement. La situation économique particulièrement difficile du Canton de Vaud s'est répercutée sur les institutions publiques via les opérations OrCHidée : coupes budgétaires, fermetures de lits, compressions d'effectifs, contribution de solidarité ont affecté le personnel ces dernières années. Le discours type « new public management » a largement diffusé dans l'hôpital, et les changements ne sont pas terminés : l'idée de redémanteler les Hospices Cantonaux circule par exemple actuellement.

Les changements législatifs récents, tels le libre passage pour le 2^{ème} pilier, ou futurs, tel le nouveau statut du personnel de l'Etat qui vise en particulier à abolir les nominations sont aussi des exemples de l'irruption de la logique de marché dans le secteur public.

On peut penser que ces changements affectent les soignants dont les valeurs sont souvent axées sur l'humanisme, le service à la population. La pression à écourter les durées de séjour

x ²⁴ **BOYE-ROPERT** cité in **GONNET F.**, *“l'hôpital en question(s)”*, Paris : Lamarre, 1992

sont par exemple parfois très mal perçues par des soignants inquiets pour la santé des patients et l'impression d'une non-réciprocité entre ce que les soignants investissent dans leur travail et le traitement dont ils font l'objet de la part de leur employeur est également perceptible.

Il reste impossible d'affirmer que l'affaiblissement du lien statutaire et psychologique entre employés et employeur va jusqu'à une rupture de ce lien .

Pour PERETTI ²⁵ , il y a deux causes essentielles aux départs : une forte opportunité ailleurs (et nous avons vu que c'est le cas pour le CHUV) et une faible adhésion à l'entreprise.

Un autre point que j'aimerais aborder est la taille de l'institution. Comme nous l'avons vu, l'hôpital par regroupements successifs est devenu une très grande structure. Est-ce possible, dès lors, de s'identifier – comme employé – à une structure de cette taille et de cette complexité ?

Les infirmières en particulier sont souvent friandes de relations humaines; or, la taille de l'institution favorise davantage les relations formelles, à distance que le contact direct. Même après des années passées au CHUV, je ne connaissais guère que les gens de « mon » service et beaucoup d'endroits du bâtiment me restaient totalement inconnus.

Une grande taille peut signifier « usine », « mammoth », monstre impersonnel aussi bien pour les soignants que les soignés mais aussi prestige, modernité, dynamisme, opportunités d'apprentissage, techniques à la pointe du progrès. Dans des annonces de recrutement, le CHUV utilise d'ailleurs cet argument : « la plus grande entreprise du canton », « un hôpital de taille européenne » ; est-ce un argument porteur pour attirer et retenir du personnel ?

Il est difficile de répondre : des études mettent bien en évidence un lien entre taille et turnover, mais dans quel sens ?

Pour INDICK ²⁶ , une taille supérieure à 500 employés entraîne un accroissement du turnover et de l'absentéisme via un effet indirect : les procédures de communication, de contrôle, de spécialisation des tâches, de coordination qui auraient eux-même une influence sur la satisfaction intrinsèque via la difficulté d'attachement à l'institution.

SEKIOU-BLONDIN ²⁷ relatent une étude montrant que ceux qui partent sont aussi motivés que ceux qui restent mais moins identifiés de près à l'organisation.

A contrario, on pourrait penser que la macrostructure a des effets protecteurs : pour avoir travaillé quelque temps dans un petit hôpital, je dirais que, autant cela peut être fantastique lorsque l'ambiance est bonne, autant la contamination est rapide et forte lorsqu'il y a des problèmes.

2/• le deuxième point que je vais développer en lien avec l'institution est le type d'organisation. Dans son ouvrage « le management », MINTZBERG ²⁸ assimile l'organisation d'un hôpital à une bureaucratie professionnelle dont les caractéristiques sont :

- des services relativement indépendants les uns des autres et diversifiés
- un haut degré de spécialisation

y ²⁵ PERETTI J.-M., *“ressources humaines”*, Paris : Vuibert, 1998

z ²⁶ INDICK cité in HOM P., GRIFFETH R., *“employee turnover”*, Cincinnati : South-Western College Publishing, 1995

aa ²⁷ SEKIOU L., BLONDIN L. et al., *„gestion des ressources humaines”*, Bruxelles : De Boeck Université, 1998

bb ²⁸ MINTZBERG H., *« le management »*, Paris : les Editions d'Organisation, 1998

- l'importance des ajustements mutuels donc de la communication et du relationnel
- l'importance de la standardisation des qualifications par la formation et par la socialisation

Si j'essaie de reprendre ces caractéristiques et de les appliquer au groupe professionnel des infirmières et à la question spécifique du turnover, je voudrais mettre l'accent sur quelques points :

A) la spécialisation : à l'intérieur de l'hôpital, il y a plusieurs secteurs et de nombreux corps de métier . Ces secteurs ont chacun leur spécificité qui requiert des connaissances et des savoirs-faire particuliers, voire même des formations spécialisées. La mobilité interne est tout à fait possible, mais se réalise-t-elle dans les faits ? En pratique oui, mais dans certains sens seulement. Des infirmières bougent par exemple de lieux « généralistes » tels que les secteurs de médecine ou de chirurgie vers des lieux spécialisés tels que les soins intensifs, les urgences, la salle d'opération mais rarement dans l'autre sens. La spécialisation serait-elle perçue comme irrévocable ou comme un tremplin vers des postes de cadre ? Le CHUV profite en tout cas partiellement de sa diversité mais semble aussi handicapée par les cloisonnements entre secteurs : quitte à bouger il ne semble pas plus difficile de le faire vers l'extérieur que intra-muros.

La spécialisation ne touche pas que les infirmières : d'autres corps de métier le vivent également ce qui multiplie le nombre d'intervenants qui ont chacun leur logique et leur organisation. Cet aspect est souvent ressenti comme un facteur de pénibilité de par les besoins de communication et la perte de maîtrise sur la situation des patients.

B) la hiérarchie : le type d'organisation, sa taille, la multiplicité des fonctions et leur interdépendance ainsi que la complexité de la gestion nécessitent une structure hiérarchique pour coordonner l'ensemble. Je crois qu'on peut dire – et c'est un jugement de valeur tout personnel – qu'au CHUV cette hiérarchie est lourde : nombreux échelons hiérarchiques, rigidités, formalisme, standardisation des procédures. On peut se demander si il n'y a pas une mise en cause des phénomènes d'autorité et si il n'y a pas un décalage croissant entre le rythme d'évolution des individus d'une part et celle des structures d'autre part.

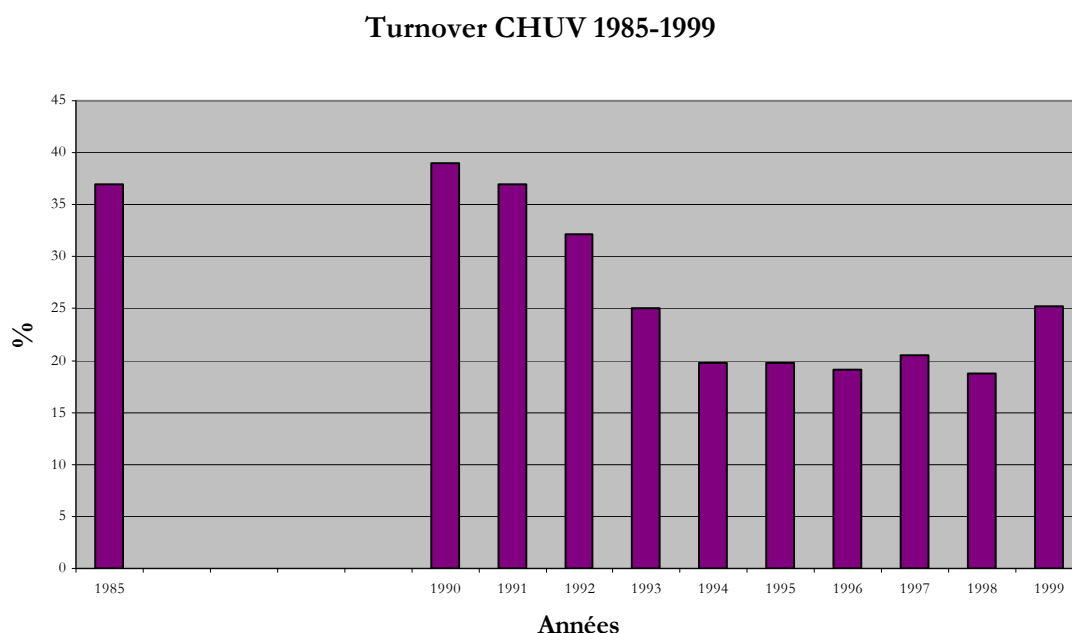
De plus, le CHUV étant un hôpital universitaire avec de nombreuses personnes en formation et de nombreux corps de métier organisés de façon à ce qu'il y ait rotation continue à l'interne comme à l'externe, n'est-ce pas un modèle à imiter ?

Il est temps de présenter les données relatives au turnover du CHUV : mon intention première était de récolter des données concernant 2 populations : les infirmières diplômées en activité au CHUV et celles ayant quitté l'institution durant l'année 1999 afin d'identifier qui partait : y avait-il des sous-populations à fort turnover, par exemple des différences selon la provenance, la situation familiale, l'âge d'arrivée, etc ?

Pour ce faire, j'ai pris contact avec le Bureau de Gestion du Personnel (BGP) du CHUV. J'ai reçu un très bon accueil mais peu de données. Il semble en effet que le système informatique est inadéquat à ma demande (ou ma demande au système !). Les infirmières ne sont pas répertoriées en tant que telles mais englobées dans une catégorie administrative plus vaste, agrégées à d'autres professions. En outre, les données nécessitaient un décodage long et complexe, que, pour des questions de moyens, le BGP n'a pu me fournir.

J'ai néanmoins pu obtenir certains renseignements concernant les infirmières ayant quitté le CHUV durant l'année 1999, données que j'ai pu recouper avec d'autres sources telles que le rapport annuel de la Direction des Soins Infirmiers 1999, le rapport de la Commission paritaire direction-délégation de l'Assemblée du personnel sur la surcharge et la pénibilité du travail au CHUV ainsi que des entretiens avec des cadres de l'institution.

A) le turnover des infirmières diplômées au CHUV au fil des ans



Ces chiffres sont tirés du Rapport annuel de la Direction des Soins Infirmiers 1999 ; le rapport signale le mode de calcul, à savoir le nombre de sorties x100 sur l'effectif annuel moyen. L'ennui c'est que le calcul divise des pommes par des poires ou, plus exactement des équivalents plein temps par des personnes physiques ! Ces chiffres sont donc erronés.

Dans le Rapport du Groupe Santé du Grand Conseil, Monsieur Emmanuel Masson, chef de l'Office du Personnel des Hospices Cantonaux, cite pour 1999 le chiffre de 14% de turnover concernant les infirmières mais pour l'ensemble des Hospices Cantonaux.

Pour ma part, et en me basant sur les données obtenues auprès du Bureau de Gestion du Personnel du CHUV (1999 : 233 départs pour 1221 infirmières ou 196,7 EPT pour 987,69 EPT) j'arrive à un turnover intermédiaire d'environ 19 à 20%.

M.Masson qui a bien voulu refaire le calcul avec moi arrivant pour sa part et avec ses données à 18,7%.

Il faut donc être prudents dans l'analyse des chiffres : le mode de calcul n'est parfois pas mentionné, le calcul prend parfois en compte des catégories de personnels annexes (qui peuvent être proches par la fonction mais fort différentes dans leur turnover), des entités différentes (CHUV / Hospices) voire relever de l'erreur.

Si on admet – ce qui semble être le cas – que les chiffres publiés par le CHUV, bien que incorrectement calculés, l'ont été de la même façon au fil du temps, on peut dire à première vue que la situation a été pire dans les années 85-90 et qu'une tendance à la réaugmentation se dessine actuellement. Faut-il penser que le taux de 1999 est un artefact ou le prélude à une poussée de fièvre durable ? Je n'ai pas la faculté de prédire l'avenir mais quelques motifs m'incitent à pencher vers la seconde option :

- comme déjà cité, il y a le contexte économique qui se porte mieux ainsi qu'une pénurie généralisée de soignants
- la Direction des Soins Infirmiers du CHUV relève dans son Rapport annuel 1999 qu'« *après une certaine stabilité du personnel ces 4 dernières années, nous assistons actuellement à une augmentation sensible du taux de rotation en 1999, essentiellement en ce qui concerne le personnel qualifié* ». Si les chiffres augmentent de 18.8 à 25.2% entre 1998 et 1999, cela représente dans les faits une augmentation de 50% du nombre des départs, ce qui apparaît plus préoccupant que le taux en tant que tel.
- parallèlement, le nombre des absences maladie a lui aussi augmenté de 1 jour par an ces 4 dernières années. En 1999, il est en moyenne de 10,54 jours pour les infirmières diplômées et les infirmières-assistantes.
- la dépendance au personnel venu de l'étranger augmente fortement : la proportion de recrutement a passé de 52% d'infirmières étrangères en 1997 (92 suisses pour 99 infirmières étrangères), à 62% en 1998 (80 / 130) pour atteindre 60% en 1999 (116 / 170). Ces taux sont en outre supérieurs au taux cantonal (30% sur l'ensemble du canton). Le nombre limité de permis (125 permis B et 190 permis L) ne laissant plus guère de marge de manœuvre.
- si tous les postes vacants ont pu ces derniers temps être repourvus, le temps de vacance tend à s'allonger. Les postes vacants sont compensés grâce au pool et aux agences intérimaires ce qui tend à surcharger le personnel stable.
- dans la recherche menée en 1999 portant sur l'évaluation des besoins en professionnels de la santé dans le canton de Vaud, le CHUV répondant à un questionnaire, affirme avoir eu ces 5 dernières années des difficultés à recruter des infirmières (et, en particulier des infirmières spécialisées), un effectif infirmier en baisse et des besoins en infirmières en hausse.
- cette élévation des besoins en infirmières provient de la hausse de l'activité du CHUV, phénomène auquel il va falloir ajouter si le nouveau statut du personnel de l'Etat de Vaud entre en vigueur environ 100 postes supplémentaires qui seront à créer. Mais où trouver ce personnel qualifié ?
- un rapport de la Commission paritaire direction / personnel sur la surcharge et la pénibilité du travail au CHUV a été remis à M. Charles-Louis Rochat, Conseiller d'Etat, le 18 janvier 1999. Ce rapport affirme (page 7) que « *le CHUV a de la difficulté à recruter et à garder son personnel infirmier* » ainsi que la quasi impossibilité de recruter du personnel spécialisé pour les remplacements. A titre d'exemple, les facteurs de surcharge et de pénibilité suivants ont été relevés :
 - l'activité des Hospices augmente : + 4% en 1997, + 4% en 1998 et + 2-3% en 1999
 - les effectifs infirmiers ont diminué de 8% entre 1991 et 1998 alors que ...
 - au CHUV, le nombre de patients augmente (+ 3.3 % entre 1997 et 1998) ainsi que le taux d'occupation des lits (de 81.5 à 85.2% toujours entre 1997 et 1998). Le PRN (Projet de Recherche en Nursing qui permet de calculer les soins directs requis pour chaque patient) a augmenté de 2% entre 1996 et 1998 ce qui représente 24 minutes de plus de soins dispensés chaque jour à chaque patient. Ces chiffres peuvent s'expliquer par l'effet LAMal, la diminution des assurés privés, Equation 33 dans les hôpitaux de la FVH ainsi que par des aspects démographiques.
 - alors même que le recours au pool et aux infirmières intérimaires augmente (en moyenne 14 et 19 postes), la réponse aux demandes des équipes diminue : si, en 1995 81 % des demandes étaient satisfaites, cette réponse n'est plus que de 59 % en 1999. Monsieur

Davide Moro, infirmier chef du Département de Chirurgie au CHUV, dans une interview au journal « 24heures » du 8 novembre 2000 a affirmé : « *au CHUV, il y a pénurie cachée, compensée via pool et intérim. C'est donc OK sur le plan numérique* ». Certes, mais avec un déficit chronique de 27,28 EPT en moyenne mensuelle pour 1999 (source : rapport annuel de la Direction des Soins Infirmiers, 1999).

Tous ces problèmes ont ces derniers mois fait l'objet d'une diffusion publique. Par exemple, une émission de Temps Présent consacrée à la fermeture de l'Hôpital de Moudon diffusée sur la TSR en août 2000 affirmait à plusieurs reprises et par la voix de différents intervenants que le CHUV était débordé ; les journaux en ont aussi fait leurs gros titres : le 11 septembre 2000, « 24heures » titrait « un quart des infirmières du CHUV ont rendu leur tablier en 1999 ».

Or, le monde de la santé vaudois est petit et l'information circule : qui voudra venir travailler au CHUV dans ces conditions ? et comment le personnel en place reçoit-il ces informations ?

La réputation d'une institution est un facteur important pour recruter et garder le personnel. L'appréciation de cette réputation du CHUV varie fortement selon les interlocuteurs que j'ai rencontré : pour certains, elle est bonne, pour d'autres, la situation de surcharge est connue jusqu'au Québec, les infirmières rentrant au pays diffusant l'information. Les étudiantes ont souvent des craintes avant de partir en stage au CHUV et la charge de travail est souvent perçue comme un facteur entravant l'apprentissage ; pourtant, ce n'est pas forcément incompatible avec le projet de s'engager au CHUV après leur diplôme.

B) données relatives aux infirmières ayant quitté le CHUV en 1999

Les données que j'ai pu récolter par le Bureau de Gestion du Personnel du CHUV concernant la population infirmière qui a quitté le CHUV durant l'année 1999 sont essentiellement des indicateurs d'état tels que âge, état civil, ancienneté,...

Sont-ils adéquats pour expliquer un phénomène de flux tel que le turnover ? A défaut de pouvoir répondre à cette question, je tenterai au moins de compléter avec les éléments explicatifs que les personnes que j'ai interrogé m'ont donné.

Les données qui suivent portent sur les 233 personnes (représentant 196,7 équivalents plein temps) infirmières diplômées qui sont parties du CHUV en 1999. Les tableaux complets se trouvent en annexe; pour des raisons de logiciel ils sont dispatchés en 4 groupes : infirmières diplômées /avec spécialisation / 1ères infirmières / 1ères infirmières avec spécialisation . Je n'ai pas tenu compte de cette distinction administrative. En outre, les données sont exprimées , toujours pour des questions informatiques, en équivalents plein temps.

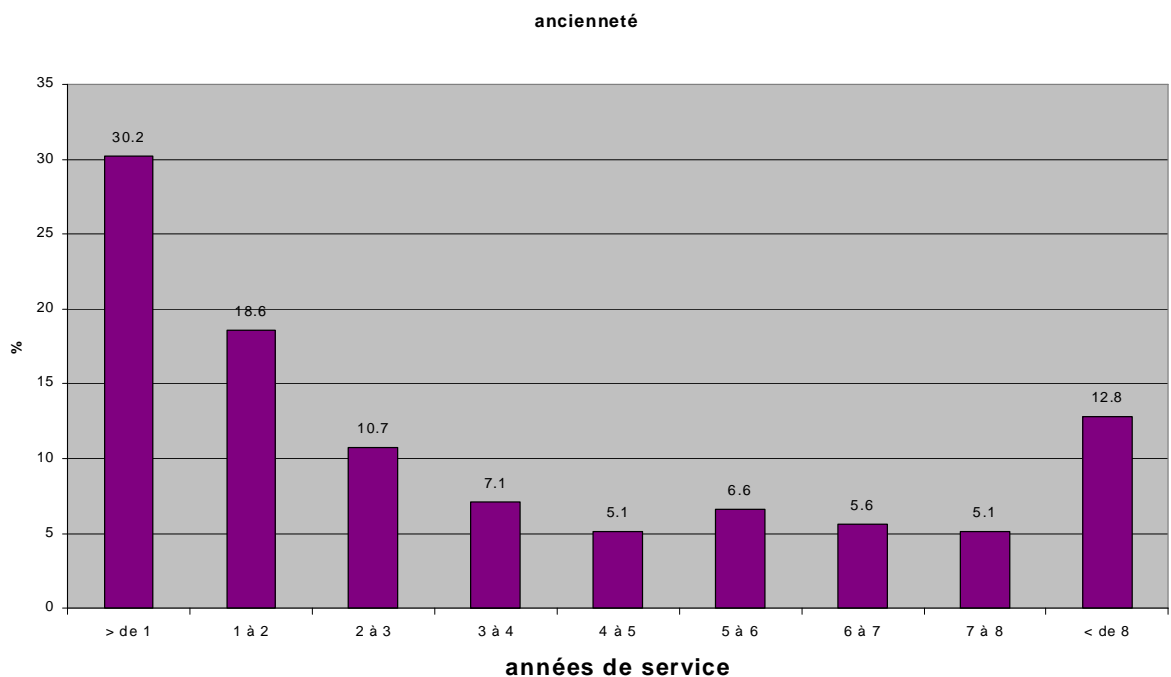
* âge au moment du départ

- l'étalement se situe entre 21 et 61 ans.

- sur l'ensemble des départs, le 56,6% s'échelonne entre les âges de 21 et 30 ans. Si on considère qu'actuellement l'entrée des étudiants dans les écoles de soins infirmiers est au minimum à 18 ans révolus et que les études durent 4 ans, l'arrivée sur le marché du travail est, au plus tôt, à 22 ans. Plus de la moitié sera déjà repartie à l'âge de 30 ans.

Ceci suggère que le CHUV attire de jeunes diplômées, souvent en premier emploi et qu'une majorité repart très tôt dans sa vie professionnelle. La moyenne d'âge au moment du départ est de 31,5 ans et la médiane à 29 ans.

* ancienneté au moment du départ

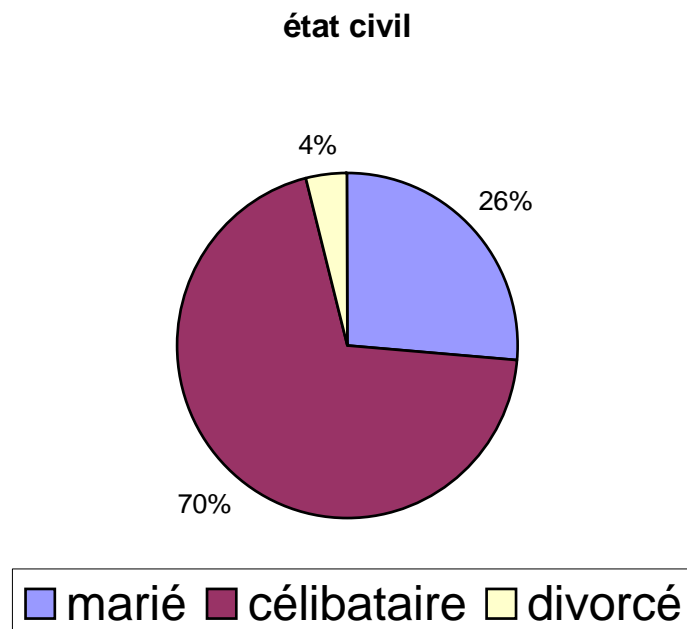


On retrouve au niveau de l'ancienneté au moment du départ une forte variabilité qui va de moins de un an jusqu'à plus de 35 ans de service.

Ce qui me frappe, c'est que deux tiers des soignants ont moins de 4 ans de service au moment de leur départ : c'est parfaitement cohérent avec les âges mais ça me paraît très court, surtout si on regarde la médiane qui se situe entre 2 et 3 ans.

Un autre élément qui m'a frappé c'est les 30% qui repartent après moins de 1 an : bien sûr, ce peut être après 364 jours et cela correspond probablement en très grande partie aux permis stagiaires des infirmières québécoises : il reste, si on regarde les coûts et le temps nécessaire à l'intégration qu'il y a de quoi s'interroger.

* situation familiale au moment du départ

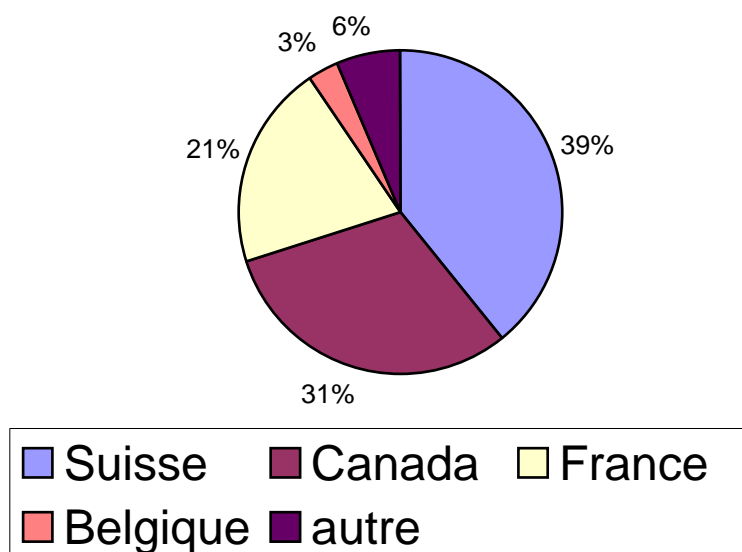


Les résultats sont conformes aux âges de départ. Ils ne nous apprennent pas grand chose. Tout au plus, posent-ils quelques questions : est-ce que le départ des célibataires coïncide avec un projet de mariage ? est-ce que le départ des personnes mariées coïncide avec un projet de maternité ? Ces données permettraient une meilleure compréhension des causes de départ, pour autant, y-aurait-il possibilité d'agir ?

* nationalité des partants

Les départs sont corrélés – du point de vue de la nationalité – avec les pourcentages des arrivées de ces dernières années. Les départs d’infirmières étrangères restent, pour l’instant, supérieurs en nombre par rapport à leur taux de présence (60.7 % des départs environ 42% du personnel infirmier total).

nationalité



Sous « autre », on retrouve 10 nationalités différentes, mais, ce qui est intéressant à noter, c’est la forte dépendance à 2 pays : le Canada et la France qui, tous 2, sont actuellement dans une situation de pénurie et cherchent à retenir et/ou à rapatrier leurs diplômées.

* taux d’activité au moment du départ

J’avais demandé ces données avec une petite idée ou question derrière la tête : le travail à temps partiel protégeait-il du départ ? Les résultats ne permettent pas de répondre. Si la majorité des partants travaillaient à plein temps, cela correspond à la répartition des taux de travail dans l’institution.

*** motifs de départ**

Les motifs sont ceux répertoriés et enregistrés par le Bureau de Gestion du Personnel du CHUV, c'est-à-dire qu'ils sont classés de façon administrative. J'aurais aimé vous faire un joli diagramme des résultats, mais vous verriez une immense colonne et quelques minuscules « pâtes ».

En effet, un motif celui de « démission » regroupe le 91.6% des départs ! Dans les autres motifs, nous trouvons :

- l'échéance de contrat : 5.6%
- l'invalidité : 0.2%
- le renvoi : 0.5%
- la retraite : 1.8%
- le transfert : 0.1%

L'administration enregistre également, le cas échéant, les motifs « décès », « renoncement », et « restructuration ».

En ce qui concerne les infirmières, nous avons donc 8 catégories susceptibles de rendre compte de moins de 10% des départs, départs d'ailleurs incontournables, et une pour expliquer plus de 90% des départs. Or, ce sont ceux-ci qui me paraîtraient le plus intéressant à « décrypter » car, éventuellement, évitables.

A noter également que les infirmières occupent la deuxième place du record de turnover derrière les médecins-assistants mais décrochent la médaille d'or toutes catégories pour le taux de départs évitables (pour comparaison, 12% seulement pour les médecins-assistants).

Est-ce à dire alors que les motifs qui se cachent derrière la notion de « démission » sont totalement inconnus ? Non. Les infirmiers/ères – chefs/ffes de département que j'ai rencontré m'ont parlé d'un entretien auquel les démissionnaires étaient conviées, entretien durant lequel le motif de départ était recherché et consigné dans leur dossier. Malheureusement, (pour moi en tout cas), ces motifs restent dans les dossiers et ne sont pas rassemblés ni analysés.

Au travers de mes entretiens avec des cadres infirmiers et des responsables administratifs de nombreuses causes possibles, plus ou moins spécifiques au CHUV, ont été invoquées ; je vais les lister en les regroupant par thèmes :

- le contexte a été évoqué par le chef du Bureau de Gestion du Personnel, en particulier le marché du travail tendu, les nombreuses offres d'emploi, les conditions de travail plus favorables ailleurs, en particulier au niveau salarial (le chiffre de 500.- par mois de différence m'a été soufflé par un cadre d'une clinique de la place) et horaires de travail. M. Chaubert a également évoqué la baisse de motivation des engagés ainsi que la baisse des exigences à l'engagement. Ces 2 points sont contestés par les cadres infirmiers rencontrés. La pénibilité du travail semble par contre admise par tous, engendrant départs ou baisse du taux d'activité ce qui, de toute façon, conduit à devoir recruter.
- un autre point cité est le fameux permis stagiaire qui, même s'il peut être prolongé voire converti, induit souvent un projet à court terme chez le bénéficiaire ; pour avoir discuté avec quelques québécoises au bénéfice de ce type de permis, la possibilité de prolonger le contrat est connue mais souvent le retour au pays est déjà prévu à l'issue de la première année.
- le cadre administratif m'a cité le « traditionnel » 10% d'échecs lié au recrutement, un autre cadre, la nostalgie du pays pour les infirmières étrangères

- Madame Dovat , infirmière-chef du Département de Médecine cite comme premier motif de départ invoqué par les partantes le mariage avec déménagement au lieu de résidence du mari et, ensuite, des projets non réalisables au CHUV tels que formation post-grade dans des domaines non-hospitaliers ou une orientation de carrière hors institution (soins communautaires par exemple).

Si je fais également référence aux raisons présentées par les syndicats, par l'association professionnelle, par la Commission du personnel du CHUV qui parlent de l'absence de crèche, du coût du parking, de locaux borgnes, on peut dire que chaque acteur a sa vision et ses explications du phénomène. Chaque motif invoqué apparaît pertinent, significatif mais quel poids a chacun de ces facteurs, cela, personne n'a pu le dire.

Je voudrai encore soulever un dernier élément : lorsque j'ai rencontré les infirmiers chefs de département et que je leur ai expliqué ma problématique, ils m'ont fait remarquer que le taux était différent selon les secteurs. En particulier, il semblait que le secteur « mère-enfant » était plus stable (l'infirmière cheffe me citant les nurses et les sages-femmes comme des exemples de stabilité).

Cette affirmation m'a fait réfléchir : si il s'avérait vrai que de gros écarts à l'intérieur de l'institution existaient ne faudrait-il pas modifier mon approche et opter pour une analyse sectorielle ? Les chiffres que m'a ensuite procuré Madame Dovat concernant les années 1999 et 2000 (chiffres réels pour 1999 et jusqu'en octobre 2000, prévisions pour les 2 derniers mois de l'année 2000) sont venus infirmer l'affirmation de sa collègue.

En reprenant les chiffres pour l'année 1999 pour les 4 grands secteurs du CHUV, à savoir les départements de Médecine, de Chirurgie, Mère-Enfant ainsi que les Centres Interdisciplinaires et que je rapporte le nombre de départs au nombre de postes de travail de chacun de ces départements, j'obtiens :

Département	départs	postes	taux (%)
Médecine	56	324	17.3
Chirurgie	62	340	18.2
Mère-enfant	57	330	17.3
Centres Interdisciplinaires	58	227	25.6

Pour l'année 2000, le nombre de départs augmente dans chacun de ces 4 secteurs, essentiellement en médecine et en chirurgie, mais le nombre de postes global a lui aussi quelque peu augmenté .

Donc, à première vue, il ne semble pas que ces secteurs présentent une différence fondamentale dans leur turnover si on excepte le secteur interdisciplinaire qui montre un taux supérieur aux 3 autres secteurs ; il serait intéressant de voir si dans ce secteur il y a des conditions particulières et si le turnover est essentiellement externe. Dans les départements de chirurgie et de médecine il faudrait encore ajouter des mouvements à l'interne pour des raisons par exemple de formation spécialisée, d'où, peut-être, une perception différenciée des cadres infirmiers.

Ce qui m'a également frappé dans ces tableaux du nombre de départs par département c'est la variabilité sur l'année, ce qui peut amener à ressentir le phénomène différemment selon les moments.

3.5. LES GROUPES

Pour CÔTE, BELANGER et JACQUES ²⁹, un groupe est un ensemble constitué de 2 ou plus personnes qui ont un but commun, des relations interdépendantes, qui collaborent pour atteindre des objectifs. De là naît un sentiment d'appartenance au groupe. Un groupe c'est aussi une distribution des rôles. Il existe aussi un facteur temps pour que le groupe se constitue en tant que tel.

Un groupe a des besoins : besoin d'affiliation, d'interaction, d'identification, de sécurité, d'estime, de pouvoir, de coopération.

Au CHUV, comme dans de nombreux lieux de travail, l'organisation attribue à chaque membre du personnel un lieu de travail particulier au sein d'une équipe plus ou moins grande. Le groupe primaire est le service (qui s'emboîte dans un secteur puis dans un département). Dans le service l'équipe se compose souvent de 2 cercles : l'équipe « fixe » dont font partie les infirmières et les membres provisoires ou ponctuels (médecins, physiothérapeutes, consultants,...).

Les notions importantes liées au groupe sont :

- la dynamique de fonctionnement
- la socialisation
- le degré de cohésion du groupe : il est admis qu'un groupe bien soudé augmente son efficacité, sa solidarité mais aussi sa résistance au changement, la pression au conformisme, le risque de conflits, la rigidité de fonctionnement.
- le climat relationnel

CREMADEZ et GRATEAU ³⁰ identifient 3 formes de sentiment d'appartenance et de loyauté liés à :

- l'organisation
- un groupe de travail interne restreint : ici le service
- un groupe professionnel reconnu hors des limites de l'organisation : ici la profession infirmière

Je me suis demandé dans quelle mesure ces 3 sentiments d'appartenance existaient et lequel était le plus fort ; de par mon expérience professionnelle d'infirmière et ayant travaillé quelques 10 ans au CHUV et de par ce que j'observe en tant qu'enseignante, je dirais que ces 3 sentiments existent chez les soignants mais pas avec la même intensité. L'appartenance à l'organisation me paraît être le sentiment le plus faible : question de taille de l'entreprise, de difficulté à instaurer un esprit « maison », je ne sais pas trop.

cc ²⁹ COTE N., BELANGER L., JACQUES J., « *la dimension humaine des organisations* », Montréal : G.Morin Editeur, 1994

dd ³⁰ CREMADEZ M., GRATEAU F., « *le management stratégique hospitalier* », Paris : InterEditions, 1992

L'appartenance à la profession est plus prégnante, elle se manifeste essentiellement dans les contacts avec d'autres groupes professionnels.

Mais, ce qui me semble essentiel c'est le sentiment d'appartenance et de loyauté au groupe restreint ; on est certes infirmière mais dans un secteur précis et surtout dans une équipe particulière.

Un exemple me semble bien illustrer cette perception : c'est l'insatisfaction nette que manifestent la plupart des soignantes lorsqu'il s'agit, même pour quelques heures ou un horaire, d'aller aider dans un autre service ; la perte de contact avec « son » groupe est généralement très mal ressentie. Or, la pénurie et les dotations réduites tendent à augmenter cette nécessité de déplacer les infirmières.

Pour LAWLER et PORTER ³¹ (théorie des besoins et de la motivation) l'appartenance à un groupe est une source d'identité de par un partage de valeurs, d'attitudes et de savoirs communs, une culture. Pour CÔTE et all. ³², « *l'intensité de la solidarité des membres du groupe repose sur la nature des motivations personnelles qu'ont les membres de maintenir leur relation avec le groupe. Ces motivations sont de trois ordres :*

A) *un membre peut partager l'idéologie du groupe et aimer le type d'activité qu'il pratique*

B) *il peut aussi avoir des affinités avec les gens du groupe*

C) *enfin, il peut considérer que sa participation au groupe satisfera ses besoins de prestige, de communication, par exemple ».*

Pour SEKIOU-BLONDIN ³³, « *être intégré comme un membre à part entière dans un groupe de travail engendrera certainement plus d'intention de conserver son emploi actuel puisqu'il y a la possibilité de cultiver des relations interpersonnelles significatives et de stimuler l'employé à exercer une influence dans son groupe de travail ».*

La plupart des équipes de travail dont j'ai fait partie ou que je côtoie ont effectivement des relations qui débordent le cadre strict du travail ; les infirmières, souvent célibataires, parfois étrangères et avec des horaires de travail qui ne favorisent pas certains aspects de la vie sociale sont particulièrement en situation d'utiliser les membres du groupe de travail comme base essentielle d'amitiés et de loisirs partagés.

Si on admet que le groupe est un facteur puissant de cohésion et de lien, on peut envisager qu'au départ de quelques membres, d'autres collègues, percevant la rupture du groupe, soient à leur tour tentées de partir également. C'est un processus que j'ai pu observer à plusieurs reprises ; on a alors un phénomène cyclique avec de nombreux départs en peu de temps, la constitution d'un nouveau groupe, une stabilisation plus ou moins longue puis un nouveau cycle. Tant qu'à devoir réinvestir dans de nouvelles relations, pourquoi ne pas « profiter » d'aller le faire ailleurs.

On peut se questionner sur le temps nécessaire pour qu'il y ait réellement groupe et si un turnover élevé permet réellement sa constitution ; MORAN et HOGVEEN (1992, in HEES ³⁴) estiment qu'il faut entre 3 et 5 ans et WINGFIELD (1992, in HEES) articule le chiffre de 7 ans pour qu'une équipe atteigne son plein fonctionnement. Il est probable que, pour les infirmières, de par les procédures mises en place, les expériences d'intégration faites durant la formation et la nature des tâches rencontrées ce temps soit plus court.

ee ³¹ LAWLER et PORTER cités in SEYBOLT J.W., PAVETT C., WALKER D., « *turnover among nurses: it can be managed* », Journal of nursing Administration, September 1978

ff ³² COTE N., BELANGER L., JACQUES J., « *la dimension humaine des organisations* », Montréal : G.Morin Editeur, 1994

gg ³³ SEKIOU L., BLONDIN L. et al., « *gestion des ressources humaines* », Bruxelles : De Boeck Université, 1998

hh ³⁴ HEES M., « *le management : science, art, magie ?* », Paris : Seli Arslan, 2000

On peut également s'interroger sur la force d'intégration au groupe pour les soignants qui, dès le départ, ont un projet de courte durée.

Je veux encore citer une étude, certes ancienne, de CENTERS et BUGENTAL ³⁵ qui fait état de l'importance accrue des relations avec les collègues en ce qui concerne les femmes. Or, le milieu infirmier est très fortement féminisé.

Si les groupes très soudés sont sujets aux conflits et si les relations avec le groupe primaire sont perçues comme très importantes, on peut aussi se demander si des groupes en constants remaniements ne risquent pas eux aussi des tensions ; le Rapport Annuel de la Direction des Soins Infirmiers de 1999 disait que « *plusieurs prestations du Service de la Formation Continue ont été demandées pour aider à la résolution de conflits dans les équipes en rapport avec les conditions de travail* ». Le turnover est-il un de ces facteurs de « conditions de travail » ?

Enfin, il est difficile de parler de groupes et de services sans penser au rôle de l'encadrement ; SEKIOU-BLONDIN ³⁶ nous disent que « *si un employé se rend compte que divers aspects du travail ne sont pas appliqués comme il se doit, il fuira son milieu de travail actuel, surtout s'il est traité inéquitablement, juge son supérieur incompréhensif et non disponible, ne reçoit pas de considération, etc* ».

Je pense en effet que le rôle des cadres est essentiel pour le climat du groupe de travail et que leur impact sur la satisfaction au travail est réel. Il reste que, parfois, la cohésion de l'équipe peut se faire ou se renforcer en réaction aux supérieurs hiérarchiques.

3.6. L'INDIVIDU

Je ne reprendrai pas ici des notions théoriques très générales telles que motivations, satisfaction, etc pour des questions de dimensions de ce travail ; je resterai sur des éléments en lien direct avec l'institution et le groupe professionnel.

« *Entre l'événement qui les touche et la réponse qu'ils lui donnent s'impose toute la vie sociale des hommes, toutes leurs attentes professionnelles, tous leurs espoirs* ». Cette citation d'Alain Touraine vise à introduire un aspect qui m'a particulièrement intéressé : rechercher les motifs qui conduisent des infirmières à venir travailler au CHUV, leurs attentes et, par ce biais, repérer ce qui peut amener ensuite à repartir de l'institution.

Pour ce faire, j'ai essentiellement utilisé le travail de diplôme d'une étudiante finaliste de l'Ecole de Bois-Cerf, Carole Maillefer. Ce travail portait sur la pénurie infirmière. Il a été réalisé en août 2000. Cette étudiante a, en particulier, interrogé – sous forme de questionnaire écrit – 2 volées d'étudiants qui arrivaient à la fin de leur formation. J'ai extrait quelques éléments de ce travail.

Une question portait sur le choix du premier emploi envisagé : 53% des étudiants sondés pensaient aller dans un hôpital de zone, 6% en soins à domicile et 35% dans un hôpital universitaire.

Les motifs pour choisir l'hôpital universitaire étaient essentiellement le large éventail de services ainsi que de pathologies, la possibilité d'acquérir une base technique solide ainsi que, dans certains cantons, le salaire plus attractif que dans d'autres secteurs.

ii ³⁵ CENTERS et BUGENTAL (1966) cités in PRICE J.L. ; « *the study of turnover* », Ames : the Iowa State University Press, 1977

jj ³⁶ SEKIOU L., BLONDIN L. et al., « *gestion des ressources humaines* », Bruxelles : De Boeck Université, 1998

Il ressort donc 2 intérêts majeurs : les opportunités de développement professionnel centrés sur la maladie et les soins techniques ainsi que les conditions salariales.

Les étudiants qui privilégiaient un lieu de travail autre que l'hôpital universitaire mettaient en avant comme raisons de leur choix l'ambiance de travail, le rythme de travail moins intensif, la possibilité de nouer une relation avec les patients ainsi que les horaires de travail moins contraignants. C'est donc ici la qualité de vie et les rapports humains qui priment.

Même si on peut s'interroger sur la validité de ces représentations, elles existent et émanent d'étudiants qui ont forgé leur perception au travers de stages dans ces différents milieux.

L'hôpital universitaire est perçu au travers de ses atouts professionnels (diversité, perfectionnement, possibilité de progression), d'autres institutions plus sur des aspects humains et extra-professionnels. Ce n'est donc pas un hasard si de nombreuses jeunes diplômées choisissent le CHUV en premier emploi pour acquérir expérience et assurance puis, donnant la priorité à la vie privée, le quittent pour des lieux perçus comme plus tranquilles.

Une enquête réalisée par quelques étudiantes de 3^{ème} année de l'Ecole de Soins Infirmiers de Chantepierre auprès de leurs collègues de 4^{ème} année montre également une évolution quant à la conception du travail : un tiers des étudiants interrogés envisagent de recourir au travail intérimaire après leurs études. Les éléments attractifs relevés sont de pouvoir à la fois gagner sa vie et gérer son temps, par exemple par un temps partiel ou prendre des vacances en été ; il y a aussi l'idée de faire des expériences diversifiées, tout en se ménageant et en investissant de façon limitée.

Un élément relevé par plusieurs de mes interlocuteurs a été la difficulté de certains jeunes diplômés à sortir du rôle d'étudiant tant au niveau des exigences (par exemple en ce qui concerne les horaires de nuisance) que des responsabilités (craintes exprimées à l'idée de faire des horaires nocturnes seul). La non-reconnaissance sociale et économique est également davantage exprimée ainsi que des attitudes de comparaison (par exemple , le salaire sera très vite demandé et le choix du lieu de travail sera fortement orienté en fonction de la meilleure offre).

On peut également relever l'expression d'une certaine désillusion : le choix professionnel est encore largement déterminé par le désir d'aider les patients, par le côté humain ; les contraintes économiques qui orientent vers la productivité et la surcharge sont souvent mal vécues. On peut parler de choc de la réalité qui peut conduire à la remise en question soit du lieu de travail, soit même du choix professionnel.

A signaler tout de même que la deuxième enquête de satisfaction menée auprès du personnel du CHUV en 1998 montrait que la satisfaction était globalement bonne (81%) mais en baisse par rapport à 1996. Ce qui était ressenti comme s'étant péjoré était l'ambiance de travail .

Maintenant, PRICE ³⁷ relève que insatisfaction et turnover peuvent varier de façon indépendante.

Je relèverai enfin que les infirmières font leur formation par le biais de nombreux stages dans des milieux divers, au contraire de certains apprentissages qui s'effectuent en entier dans la même entreprise ; on pourrait penser que, dans le cas des infirmières, bouger, changer de lieu de travail est un phénomène appris et valorisé, tout au moins durant les premières années de vie professionnelle. C'est d'ailleurs un argument que relèvent de nombreux postulants à la formation en soins infirmiers que les possibilités de mouvement et la variété à l'intérieur de la profession.

En somme, le turnover pourrait être aussi bien un moyen qu'un but en soi. HEES ³⁸ relève que l'être humain a de grandes capacités à résister et à échapper aux tentatives faites pour

kk ³⁷ PRICE J.L., *"the study of turnover"*, Ames : the Iowa State University Press, 1977

ll ³⁸ HEES M., *« le management : science, art, magie ? »*, Paris : Seli Arslan, 2000

prendre le contrôle de son comportement, agir sur lui et le rendre conforme aux normes « prévues » : il y entre toute la liberté de l'individu.

Arrivée au terme de ce vaste inventaire des causes possibles de turnover, je reprendrai 2 éléments en conclusion.

- les facteurs possiblement explicatifs sont, en théorie, très nombreux ; certains sont très généraux, d'autres plus spécifiques au lieu et/ou à la profession. Lors de ma première rencontre avec Madame Brioschi Levi, Directrice des Soins Infirmiers du CHUV, celle-ci s'est interrogée sur la « normalité » du taux de rotation des infirmières pour un hôpital universitaire. Est-ce que ma première impression qui était que ce taux était très élevé est erronée ? A voir le nombre de causes potentielles et l'impact de certains facteurs, je suis maintenant plus nuancée dans ma perception.

- l'autre élément que je voudrais souligner c'est le peu d'informations précises qui existent quant aux causes des départs. Au début de ma réflexion sur le sujet cette pénurie de données m'a paru relativement choquante pour une grande entreprise. Tous les manuels concernant les ressources humaines et la gestion de personnel ne prônent-ils pas la nécessité de tableaux de bord depuis de nombreuses années ?

Après cette revue des causes possibles, je m'interroge sur l'opportunité de recenser des données que la personne qui part n'a peut-être même pas la capacité ou la volonté d'identifier et d'expliquer ? Y-a-t'il une cause qui amène le départ ou un ensemble d'éléments qui, à un moment, amènent à la décision ?

Il me semble néanmoins difficile de tenter d'agir sur le taux des départs – et c'est là un objectif déclaré de la Direction des Soins Infirmiers – avec si peu de données documentées, même si, intuitivement, des éléments de compréhension du phénomène existent.

4. LES CONSEQUENCES DU TURNOVER

4.1. LA QUESTION DES COÛTS

Combien coûte le départ d'une infirmière et l'arrivée d'une autre ?

Trop d'impondérables rendent impossible une réponse exacte et précise. Et, d'ailleurs, est-ce bien utile ? Je vais me contenter de recenser où se situent les coûts et, lorsque ce sera possible, d'avancer quelques chiffres.

J'aimerais commencer par 2 citations extraites du livre « Maîtrise des coûts dans l'économie hospitalière » de MARTIN, KLEIBER et TINTURIER ³⁹.

La première émane de Marianne Weber, conseillère en matière de services de soins et qui dit en 1982 : « *un autre élément de rationalisation ou de plus grande efficacité serait un engagement de plus longue durée des personnes soignantes. On compte 2 à 3 mois de mise au courant à l'arrivée d'une nouvelle collaboratrice. Sachant que souvent 50% et plus de personnes soignantes changent de place de travail dans l'année, il est aisé d'estimer ce qu'on gagnerait en efficacité* ».

Lors de la même journée de travail, Madame Yolanda Hartmann, alors directrice des Soins Infirmiers du CHUV, parle d'un taux de rotation du personnel infirmier d'environ 48% par an. Elle ajoute : « *la plupart des responsables infirmiers conviennent qu'une nouvelle infirmière n'est « rentable » qu'au bout de 2, voire 6 mois (soit une dépense de 5 à 10.000 francs par infirmière). En comptant une moyenne de 7500.- par infirmière, le remplacement de 350 personnes qualifiées chaque année signifie une dépense de 2.625.000.-. Le calcul est donc rapidement fait pour savoir ce que coûte l'instabilité et ce que pourrait rapporter la stabilité du personnel. Mais, pour y arriver, il faudrait pouvoir sortir du cercle vicieux de la pénurie du personnel soignant, sortir des structures habituelles* ».

Ces propos datent de presque 20 ans : autres temps, même problème. Et, ajouterai-je, même type d'évaluation des coûts : « on compte », « les responsables conviennent », bref, on estime un peu à vue de nez, si l'on peut dire.

Je voudrais essayer ici et en me basant à la fois sur des éléments théoriques (essentiellement MARTORY ⁴⁰, MARTORY-CROZET ⁴¹ ainsi que le cours du Professeur Philippe DELAY ⁴²) et sur le contexte CHUV d'identifier les composantes essentielles du coût du turnover ; je retiendrai :

- **les coûts de sortie** lors du départ des employés ; il s'agit ici éventuellement d'une perte d'efficacité du salarié avant son départ (diminution de productivité) et de coûts administratifs (visite médicale, formalités de départ telles que clôture de dossier, calcul du dernier salaire, restitution de matériel et de fournitures, etc).

mm³⁹ MARTIN J., KLEIBER Ch., TINTURIER G. (sous la direction de), « maîtrise des coûts dans l'économie hospitalière », Cahiers d'études de la SGGP, numéro 6, mai 1982

nn⁴⁰ MARTORY B., « les tableaux de bord sociaux », Paris : Nathan, 1992

oo⁴¹ MARTORY B., CROZET D., « gestion des ressources humaines », Paris : Nathan, 1988

pp⁴² DELAY Ph., « cours : organisation et gestion des ressources humaines », UNIL, 1999-2000

- **les coûts d'entrée** qui peuvent se décomposer en :

- *coûts de recrutement* : ces coûts sont extrêmement variables en fonction du niveau de qualification ; ils sont évalués à l'équivalent de 2-3 mois de salaire pour un cadre. En ce qui concerne le CHUV, je signalerai :

- la présence à des salons, des plaquettes , un film pour présenter l'institution, la publicité en général et les annonces de recrutement

- la recherche d'infirmières à l'étranger qui comprend des voyages de cadres infirmiers, jusqu'au Canada par exemple ainsi que le recours à des agences. Ces intermédiaires coûtent cher. Le Bureau de Gestion du Personnel a articulé quelques chiffres : par Adecco , c'est le 8% du salaire annuel , soit, pour une infirmière le 8% de 80 à 90.000.- soit environ 6700.- . Par Eurocare qui recrute au Québec pour le CHUV, c'est 3.000.- par infirmière. A cela il faut ajouter pour les infirmières étrangères 300 à 500.- de permis de travail. Ces chiffres, pour 1999, sont à multiplier par 80 pour les québécoises et par 170 pour l'ensemble des infirmières étrangères.

Une interview du « 24heures » en date du 11 septembre 2000 titrait : « le CHUV préfère être discret sur le budget consacré à rechercher des collègues étrangères ». A voir ces chiffres et surtout si on pense que parfois ces frais vont pouvoir permettre de garder les infirmières une année, je comprend la discrétion !

- *coûts de sélection* : il s'agit de la constitution de dossiers, du tri sur dossier, d'entretiens : je n'ai pas de chiffres mais on peut penser, au vu de la pénurie, que les exigences à la sélection sont restreintes, ce qui ne diminue pas les coûts ipso facto.

- *coûts d'intégration* qu'on peut là aussi décomposer en :

- coûts administratifs (badge, visite médicale d'entrée, documentation ,...)

- coûts de formation formelle (au CHUV, une semaine d'intégration assurée par le Service de la Formation Continue) puis informelle (encadrement dans les services qui peut être plus ou moins long selon la spécificité des lieux mais souvent il y a 2 à 3 semaines de jumelage complet puis un rendement progressif).

En ce qui concerne le CHUV, on ne peut pas réellement calculer un coût car il n'y a pas de doublon ; au mieux il y a juxtaposition entre sorties et entrées, au pire (sauf financièrement) un temps de vacance du poste.

Le temps passé par les équipes pour encadrer les nouveaux arrivés n'est pas mesuré, l'outil PRN utilisé par les infirmières pour rendre compte de leur travail n'englobant pas ce paramètre à l'exception de 5 jours alloués aux arrivants.

Il faudrait encore ajouter le coût engendré par le recours à des agences intérimaires pour « boucher les trous ».

Un autre élément non mesuré – et peut-être non mesurable – est la formation implicite, le « learning by doing » ou ce que MARTORY ⁴³ nomme le coût d'adaptation c'est-à-dire le profit sacrifié par l'entreprise pour transformer la nouvelle recrue en salarié adapté au poste. La courbe d'apprentissage est certainement variable selon l'expérience et la provenance des infirmières, le

qq ⁴³ MARTORY B., « les tableaux de bord sociaux », Paris : Nathan, 1992

temps de mise à niveau étant sans doute aussi fluctuant selon les services et, bien sûr, selon la personnalité de l'infirmière.

Il y a donc des coûts d'information, de formation et d'apprentissage. Pour MARTORY, coûts directs et indirects ou apparents et cachés sont souvent à parité.

Je ne peux donc pas articuler un chiffre global et précis mais j'ai rencontré 2 estimations globales :

- le 10% du premier salaire annuel multiplié par le nombre d'engagés , ce qui me semble faible compte tenu des frais de recrutement des infirmières étrangères
- 20% de turnover (ce qui représente approximativement la situation du CHUV) égalent à 10% de la masse salariale globale (source : IDRH / Ph.Delays /1993), ce qui me semble plus réaliste dans le cas du CHUV.

A titre de comparaison, en 1990, C.B. JONES (in Journal of Nursing Administration) évalue le recrutement d'une infirmière (registred nurse) aux USA à plus de 10.000 \$.

A cela, il faut néanmoins déduire 2 éléments :

- si on admet que les partants sont remplacés par des entrants plus jeunes et compte tenu que l'Etat de Vaud a un barème de salaires progressif avec l'ancienneté , il y a un effet de noria ; cet effet consiste en un allègement de la masse salariale, à effectif constant, par rajeunissement des effectifs à rémunération plus faible.

- de même, les infirmières étrangères arrivent « diplômée en poche » ce qui évite les frais de formation

Il faut aussi penser qu'il y a toujours un taux de base de turnover inévitable de par les retraites par exemple.

Au-delà des chiffres, ce qui est gênant, est que ces coûts, que je qualifierai de « vides » , ne rapportent rien : ni savoirs, ni bien-être pour les soignants, ni bénéfice pour les patients et peut-être même le contraire....

On peut aussi profiter de ce passage en revue des coûts pour souligner l'intérêt qu'il y a à prendre soin du personnel et des gains possibles à investir dans le facteur humain.

4.2. AUTRES CONSEQUENCES

J'ai séparé les coûts d'autres aspects mais on peut aussi y voir des coûts cachés. Il apparaît difficile à la fois de documenter certains effets et d'isoler les conséquences spécifiques au turnover d'autres éléments. Je vais ici recenser les possibles conséquences.

Je voudrais tout d'abord souligner à nouveau qu'il peut y avoir des effets très positifs, tels ceux que nous avons vu au chapitre 2. Je ne m'étendrai donc pas, on peut cependant penser à l'apport de sang neuf, de compétences actualisées, d'enthousiasme, de propositions nouvelles ainsi qu'au départ de personnes fatiguées, en difficulté ou démotivées. Les conséquences sont donc loin d'être toutes négatives.

Je me pencherai sur les effets au niveau des équipes, des patients, de l'institution ainsi que des infirmières qui quittent le CHUV.

Pour ce faire, j'ai recours à des éléments théoriques, à mon observation ainsi qu'aux entretiens que j'ai eu avec divers cadres de l'institution ; à ce propos, je signalerai que autant de personnes interrogées, autant d'appréciations des conséquences : du « tout est sous contrôle » à « c'est une catastrophe, c'est dramatique ». Qu'en penser ?

1) les équipes

Si la dotation est assurée – avec parfois des temps de vacance de postes –, la composition des équipes est sujette à variations ; le personnel fixe doit encadrer les nouveaux arrivants, les étudiants, les poolistes et les intérimaires en plus du personnel non qualifié ; de plus, ce personnel fixe se chargera des patients les plus complexes et assumera un surplus d'horaires de nuisance (soirs, nuits, week-ends) . Cette surcharge imposée au personnel le plus ancien peut, si elle est durable, si les départs sont nombreux, induire stress, épuisement, baisse du taux d'activité, et nouveaux départs ! Il y a là un risque d'engrenage.

Dans le rapport de la Commission paritaire sur la surcharge et la pénibilité du travail au CHUV, on peut lire que « *tous les secteurs sont touchés mais surtout le personnel infirmier qui augmente ses heures supplémentaires, modifie ses horaires pour boucher les trous, voit son temps de repos diminuer, enchaîne 2 horaires* ».

STAW (1980), MOBLEY (1982) et ABELSON (1986) ⁴⁴ mentionnent que la surcharge durant la/les période(s) de transition peut créer un climat de stress qui entretient un nouveau turnover et documentent le stress pour ceux qui restent.

L'accroissement de la pénibilité pour les équipes de par les « trous », l'intégration et le personnel temporaire est perçu par tous mes interlocuteurs.

L'effet boule de neige est par ailleurs variable d'un service à un autre, d'un moment à un autre : l'équipe peut se désintégrer et avoir de la peine à se reconstruire avec les nouveaux ; la greffe prend plus ou moins bien.

Un autre élément est le rajeunissement des équipes, en âge et en expérience ; en soi, ceci n'est pas négatif. Il y a parfois des équipes très jeunes qui fonctionnent très bien, mais une composition plus équilibrée, avec quelques « anciennes » qui peuvent servir de modèles et d'appui pour les plus jeunes semble néanmoins préférable. L'étude sur les « conditions de travail du personnel soignant dans les établissements hospitaliers du canton de Berne » menée en 1988 par

rr ⁴⁴ STAW (1980), MOBLEY (1982), ABELSON (1986) cités in TAI T.W., BAME S.I., ROBINSON C.D., « *review of nursing turnover research, 1977-1996* », Social Science & Medicine, 47 (12) : 1905-24, 1998 Dec.

ORENDI, GUENTERT et WEYERMANN montrait que les mouvements de personnes étaient pour 49% des personnes interrogées un aspect pénible du travail ce qui plaçait cette cause au 4^{ème} rang des facteurs de pénibilité.

Le départ des infirmières expérimentées représente une perte de savoirs informels, de culture par gap de transmissions. MARTORY et CROZET⁴⁵ parlent de culture de métier au sens d'un ensemble de connaissances, de savoirs-faire, de procédures et d'expériences ; leur perte créant un vide identitaire de groupe et une surcharge pour les nouvelles recrues qui ne peuvent s'appuyer sur ces savoirs pour construire à leur tour leur métier.

Le turnover ainsi que la présence d'étudiants, de poolistes et d'intérimaires modifie le fonctionnement des équipes : il peut entraîner une délitement des transmissions mais aussi la mise en place de procédures écrites. Pour PRICE⁴⁶, la formalisation accrue aide à l'intégration mais rigidifie, aide à élaborer une philosophie et des procédures partagées mais renforce la centralisation, affaiblit les groupes primaires aux dépens de la structure hiérarchique. PRICE relève également une baisse du consensus, de la cohésion, des « *patterns* » et une hausse des conflits mais aussi, parfois, un renforcement de la cohésion des restants. Au niveau des transmissions, il semble surtout qu'il faille y consacrer davantage de temps, les automatismes n'existant plus.

Enfin, à titre personnel, je relève dans certains cas que les étudiants peuvent être « contaminés » : si leur statut officiel consiste à ne pas être comptés dans les dotations et, au début de leur formation à recevoir un encadrement direct, dans la réalité, ils sont parfois largement mis à contribution dans le travail journalier ; ils sont également dans certains stages interrogés par ces conditions de travail, la fatigue et parfois les propos désabusés de collègues diplômés ce qui peut les mener à choisir d'autres lieux que le CHUV une fois diplômés à leur tour.

2) la qualité des soins

Il est extrêmement difficile et hasardeux d'évaluer l'impact du turnover sur la qualité des soins car d'autres facteurs tels que la charge de travail, l'organisation, le leadership interfèrent. Ce que je peux relever c'est qu'au niveau théorique il existe peu d'études sur ces effets ; KAHNE(1968), puis COSER (1976) cités par HOM et GRIFFETH⁴⁷ relèvent une étude menée en hôpital psychiatrique montrant une relation positive entre turnover du personnel et taux de suicide des patients ; de même, SPECTOR et TAKADA (1991) cités par HOM et GRIFFETH ont prédit que, dans 80 nursing homes, la qualité des soins variait avec le taux de turnover : un taux bas accroissait les capacités fonctionnelles des résidents, par exemple la capacité à se laver et à manger seuls. CAVANAGH (1989) relève pour sa part une baisse de la performance de l'équipe soignante avec l'augmentation des taux de rotation mais sans préciser dans quel(s) domaine(s).

Il semble difficile de transférer ces études à un hôpital de soins aigus caractérisé par de courts séjours et où les patients sont de toute façon amenés à voir un personnel nombreux et qui « tourne » avec les horaires.

Alors que certains cadres interviewés me disent que, du fait de la conscience professionnelle du personnel, la qualité du travail n'est pas altérée, je relève par ailleurs dans un article paru dans le journal « 24heures » le 8 novembre 2000 les propos de Monsieur Davide MORO, infirmier chef du Département de Chirurgie du CHUV qui dit : «sur le plan de la qualité, c'est différent. Il est clair que nous n'avons pas les mêmes exigences avec le personnel intérimaire qu'avec celui qui est fixe chez nous ». De même, dans le Rapport annuel de la Direction des Soins Infirmiers du CHUV de 1999, sous la rubrique

ss ⁴⁵ MARTORY B., CROZET D., « *gestion des ressources humaines* », Paris : Nathan, 1988

tt ⁴⁶ PRICE J.L., « *the study of turnover* », Ames : the Iowa State University Press, 1977

uu ⁴⁷ HOM P., GRIFFETH R., « *employee turnover* », Cincinnati : South-Western College Publishing, 1995

« points faibles » on peut lire : « *le personnel des agences intérimaires a été fortement sollicité ce qui n'est pas sans risque, autant pour le maintien de la qualité que du suivi* ».

Qu'en disent les principaux intéressés, les patients ? les enquêtes de satisfaction menées auprès d'eux sont généralement très positives. Néanmoins, elles ne permettent pas d'isoler le travail infirmier même si des remarques ciblées peuvent être faites. Certains patients relèvent l'intense tournus de personnel, des infirmières toujours pressées, la nécessité de répéter souvent les mêmes informations.

Pour ma part, dans les périodes de forts changements et de recours à du personnel provisoire, j'ai pu observer que encadrement du personnel et soins entrent en compétition au niveau du temps : si les soins de confort et d'hygiène ainsi que les soins médico-délégués sont assurés les aspects relationnels auprès des patients tendent à se réduire, ainsi que l'importance et la capacité à informer et à enseigner .

De même, la position des infirmières au sein de l'équipe multidisciplinaire tend à s'effacer ; ceci est visible par exemple, au moment de la visite médicale : de jeunes infirmières, peu expérimentées ou de passage ont plus de peine à se montrer actives et à faire valoir leur point de vue et/ou à refléter les besoins des patients. Leur crédibilité est affaiblie.

Peut-on dire pour autant que les risques d'erreurs sont augmentés ? A ma connaissance, seuls de très rares services documentent les dysfonctionnements. Mais là, le turnover entre en synergie avec d'autres éléments tels la charge de travail et l'organisation.

3) L'institution

Beaucoup d'efforts ont été faits pour intégrer le nouveau personnel et aider à l'insertion ; on peut penser en particulier à l'accueil, à des procédures écrites et à leur informatisation.

D'autre part, jusqu'à maintenant, il a été possible de remplacer le personnel partant en conservant une pleine activité des services du CHUV. Je le signale car certaines institutions ont pour leur part dû fermer temporairement des lits (c'est le cas par exemple de l'Hôpital de Zone de Morges qui a fermé des lits de médecine suite à l'épuisement physique et psychique d'infirmières et de leur mise en arrêt maladie) ou des salles du bloc opératoire (c'est le cas à Neuchâtel cet été pour cause de pénurie de personnel).

Pour autant, le CHUV n'est pas à l'abri d'un certain nombre de conséquences que je voudrais relever :

- le temps consacré par les cadres infirmiers à recruter, sélectionner, évaluer le personnel ainsi qu'à chercher des solutions de fortune pour « boucher les trous », ou, en ce qui concerne les cadres intermédiaires, à remplacer les infirmières manquantes , tout ce temps de gestion de l'immédiat est accaparé au détriment d'autres tâches. Je reprendrai SEKIOU et BLONDIN ⁴⁸ qui disent : « *il n'est pas possible pour une organisation de mener des projets à long terme, de survivre et de s'expandre si le turnover est très élevé* ». Si ici la survie n'est pas menacée, la notion de projets à long terme me semble affectée.
- les ressources consacrées à la formation sont accrues
- à moyen / long terme si le turnover persiste à être relativement élevé peut se poser la question de la gestion des carrières : une pyramide des âges en « poire écrasée » (cf. PERETTI, ⁴⁹) posant le problème de la relève des cadres

vv ⁴⁸ SEKIOU L., BLONDIN L. et al., « *gestion des ressources humaines* », Bruxelles : De Boeck Université, 1998

ww ⁴⁹ PERETTI J.-M., « *ressources humaines* », Paris : Vuibert, 1998

- la Direction des Soins Infirmiers relève l'effort fait pour maintenir les exigences à l'embauche et dans la qualité des soins ; je pense que c'est une réalité mais bien difficile à respecter lorsque l'alternative est d'embaucher qui se présente ou de ne pas assurer la dotation. Un exemple qu'on peut donner est celui de certains services spécialisés tels les soins intensifs : il y a peu de temps encore, pour pouvoir travailler dans ces services il existait l'obligation d'avoir au minimum un an d'expérience post-diplôme ; actuellement, il est possible d'y travailler tout de suite en sortant de l'école ; c'est un aménagement visant à répondre aux besoins très pressants de ce secteur, mais, on peut s'interroger sur les effets à moyen terme de cette mesure : une fois la formation post-grade achevée, ces soignants ne vont-ils pas partir et donc l'effet ne sera-il pas de raccourcir la durée de vie au CHUV ?
- l'image – aussi bien interne que externe – de l'entreprise peut pâtir de nombreux départs

4) les partants

Je tiens à terminer ce chapitre par quelques mots sur les infirmières qui quittent le CHUV. Quelles conséquences pour elles ? Ce qui m'apparaît décisif c'est l'état d'esprit et les projets qui accompagnent ces départs : si le temps passé au CHUV a été bien vécu, si le départ se fait pour un autre projet et non pour quitter absolument l'institution et si, enfin, l'expérience acquise au CHUV peut être utilisée ultérieurement ailleurs, alors, je pense que les conséquences du passage au CHUV sont positives, à la fois pour ces soignantes et pour les soins infirmiers en général.

5. PISTES DE REFLEXION

Je voudrais ici aborder 2 perspectives : d'une part, ce que le CHUV a déjà mis en place pour répondre au phénomène du turnover et, d'autre part, ce qui pourrait être intéressant à développer.

Ce qui me semble important de dire rapidement c'est qu'il y a une prise de conscience et des actions menées au niveau du CHUV, le plus souvent par la Direction des Soins Infirmiers, parfois avec d'autres instances des Hospices Cantonaux.

Même si le discours des cadres hésite à reconnaître que le taux de rotation du personnel infirmier, ajouté à d'autres effets, pose problème, le Rapport annuel 1999 de la Direction des Soins Infirmiers fait état d'objectifs portant sur le recrutement et la fidélisation du personnel infirmier. Des actions sont mises en place pour atteindre ces objectifs ; je citerai ici les plus importantes :

- professionnaliser le recrutement
- orienter les entrants vers les services de leur choix ; ceci peut apparaître très évident, mais, il y a peu de temps encore, des étudiants en fin de formation postulant au CHUV me racontaient qu'ils avaient été dispatchés dans des services qui ne correspondaient ni à leur projet ni à leurs compétences
- repenser l'intégration à la fois en ce qui concerne les premiers jours d'arrivée – et on sait l'importance de la première impression – et dans le service par une introduction de longue durée, un « parrainage » par des infirmières cliniciennes
- valoriser les compétences par une attribution de responsabilités, des évaluations régulières, des offres de formation, l'élaboration d'un projet de carrière
- favoriser le turnover interne aux Hospices Cantonaux à la fois horizontal et vertical
- repenser les horaires de travail (essais des horaires de 12 heures par exemple), être ouvert aux demandes de temps partiel et de congés non payés
- repenser la relation avec les autres professions soignantes et, en particulier , sensibiliser les médecins à l'impact de leur comportement vis-à-vis des infirmières
- repenser le rôle des infirmières et recentrer leurs activités sur les soins aux patients en leur adjoignant du personnel de soutien pour ce qui concerne les transmissions, les transports, bref, les mille et une tâches indispensables au fonctionnement des services mais qui parasitent l'administration des soins et le suivi des patients
- à moyen / long terme, aller vers une simplification des fonctions avec 2 types de personnel : des infirmières et des aides formées

Ces 2 dernières mesures me paraissent prometteuses d'un meilleur fonctionnement et d'une utilisation optimale de cette denrée rare que sont les infirmières

D'autres mesures sont investiguées telles que, par exemple, la nécessité d'une crèche à horaires élargis

A l'externe, la Direction des Soins Infirmiers a participé à l'élaboration du rapport sur la pénibilité et la surcharge du travail au CHUV, ce qui a permis d'obtenir des postes supplémentaires. En outre, des représentants des Hospices Cantonaux ont présenté un rapport au Grand Conseil et Madame Edna Chevalley, ancienne infirmière cheffe de Département au CHUV a déposé une

motion pour demander une revalorisation du métier d'infirmier, motion qui a été renvoyée au Conseil d'Etat.

Donc, les actions entreprises le sont aussi bien à l'interne de l'institution que tournées vers l'extérieur et les décideurs politiques. En élargissant le cadre, on peut également penser que le nouveau statut du personnel de l'Etat de Vaud aura un effet positif. Un autre type de mesure mise sur pied et financée par l'Etat et la fondation Leenards vise à la réinsertion professionnelle d'infirmières qui ont quitté le métier ; le secteur de réinsertion est les EMS, mais on peut penser que ce recyclage pourrait, à terme, atténuer la pénurie et entraîner des mouvements vers d'autres secteurs dont le CHUV.

Un dernier aspect prometteur se situe au niveau de la formation de base qui devrait dès 2002 se situer dans les Hautes Ecoles Spécialisées et qui pourrait, à terme, attirer des jeunes vers ce métier.

Est-ce à dire que tout va bien et que toutes ces mesures vont permettre d'enrayer pénurie et turnover ?

Un certain nombre d'inconnues pèsent encore sur nombre de ces décisions, en particulier liées à leur coût et, de toute façon, ces mesures de fond mettront du temps à produire des effets.

En restant au niveau institutionnel, d'autres mesures peuvent-elles être prises ? Je voudrais ici suggérer quelques pistes possibles.

- tout d'abord, des outils de monitoring complémentaires pour affiner les données, pouvoir agir et évaluer les résultats

Madame Brioschi Levi me disait lors d'un entretien : « on sait certaines choses de manière empirique, il faut les mesurer, les quantifier, les rendre visibles ». Je suis pleinement d'accord, il faut prendre le temps d'un diagnostic en profondeur ; actuellement, de nombreux acteurs ont des données et des idées, pourquoi ne pas les partager et travailler de concert ?

D'autant plus que les outils pour le faire sont disponibles ; le logiciel de paye pourrait par exemple être utilisé pour recenser de façon fine les motifs de départ et permettrait de centraliser l'ensemble des renseignements ; l'intérêt semble également exister.

Quelles données recenser ?

- le motif de départ précis : je pense ici à la notion de « démission » qui ne dit rien des causes qui ont amené au départ
- les motifs de satisfaction et d'insatisfaction rencontrés par les soignants durant leur engagement au CHUV
- la destination des partants, leur futur lieu de travail
- les motifs d'engagement au CHUV
- il serait également intéressant d'investiguer auprès des infirmières qui restent longtemps dans l'institution : quels avantages, quelles motivations y trouvent-elles ? ces raisons pourraient servir de base de référence pour promouvoir le CHUV.
- enfin, il serait intéressant d'avoir à la fois une analyse globale et par secteurs ; certains sont-ils plus usants ou plus protecteurs, plus attractifs, ont-ils développé des actions ayant un effet sur le turnover ?

Outre les données utiles, il me semble également pertinent de se questionner sur la façon de récolter ces données : qui devrait le faire ? des cadres infirmiers ou une structure hors hiérarchie ? Si le départ est un moment de rencontre avec les cadres, l'occasion de prendre congé et de remercier l'employé, certains motifs peuvent être difficiles à exprimer face à un supérieur hiérarchique, un conflit d'équipe ou avec un cadre par exemple.

On peut aussi réfléchir au moment et à la forme de cette récolte de données : Monsieur Chaubert, chef du Bureau de Gestion du Personnel suggérerait un questionnaire écrit quelques temps après le départ, ou, en tout cas après que toutes les formalités soient terminées, en particulier une fois le certificat de travail transmis.

- si j'ai pensé à investiguer auprès des infirmières qui restent longtemps au CHUV, c'est afin de recenser les atouts de l'institution qui font la différence : est-ce les possibilités de formation continue, certaines conditions de travail, des aspects spécifiques au travail, des atouts non-professionnels (je pense ici au fait d'être dans une ville, au cadre géographique, éléments « touristiques » que la plaquette éditée récemment par le CHUV met en valeur) ou d'autres facteurs encore ? Je pense également à l'intérêt d'avoir un profil de ces professionnelles stables qui pourrait orienter à la fois le recrutement et la sélection du personnel.
- dans les motifs de venue au CHUV on trouve l'attrait de la diversité des possibilités de travail et d'apprentissage ; dans les faits, il semble que la majorité des infirmières se stabilise dans un service – éventuellement deux si une formation post-grade est entreprise – puis part ; la mobilité interne est-elle réellement encouragée ?
- une troisième piste à mon sens reste à développer : le soutien au personnel en place et le climat institutionnel . Le CHUV est une grande maison et une organisation complexe à laquelle il ne me semble pas facile de s'identifier. Par soutien, j'entend valoriser, remercier, évaluer mais aussi repérer les infirmières en souffrance, en difficulté et leur offrir des moyens d'aide. Le taux d'absentéisme apparaît comme un des moyens de repérer ces soignants. D'autre part, une étude de SEYBOLT, PAVETT et WALKER (1978) citée in HOM et GRIFFETH ⁵⁰ relevait que, un an avant leur départ, les intentions des employés sont déjà présentes et qu'il y a donc une possibilité d'anticiper. Ceci ne signifie pas d'essayer de retenir à tout prix ceux qui veulent partir mais de rechercher avec eux si des aménagements ne seraient pas profitables aux deux parties. L'autre versant est de favoriser un sentiment d'appartenance à l'institution, un climat « maison », une ambiance favorable au travail ainsi qu'une communication qui arrive réellement jusqu'à la base pour que les soignants aient la perception que leurs difficultés sont entendues et prises en compte.

Je voudrais ajouter, sous une forme brève, 3 réflexions, probablement venues du pays d'Utopie, mais pourquoi les négliger ?

La première est de ne pas diminuer les exigences, au contraire ; je donnerai un exemple, celui des tenues de travail des soignants. Il y a très longtemps, j'ai fait ma formation dans une clinique : une tenue jolie et irréprochable, un badge toujours présent, un sourire et l'obligation de saluer visiteurs et personnel, de frapper avant d'entrer dans la chambre des patients étaient des exigences de base ; j'étais Sourcienne et c'était une fierté, un signe de ralliement, un élément de culture institutionnelle reconnu et apprécié par les patients. Il peut être tentant , pour ne pas mécontenter le personnel et ne pas prendre le risque de le voir partir de « passer » sur certains comportements ; je ne suis pas sûre que ce soit payant à terme.

xx ⁵⁰ HOM P., GRIFFETH R., „*employee turnover*”, Cincinnati : South-Western College Publishing, 1995

La seconde réflexion porte sur la charge de travail . Le discours dominant en ces temps de restrictions budgétaires est le « faire mieux avec moins », « rationaliser mais pas rationner ». Et si , à un moment, on revoyait les possibilités réelles, si on adaptait l'offre en fonction des dotations, si on repensait l'utilité, les priorités des soins ? Je sais que cette pensée est iconoclaste, c'est peut-être néanmoins la seule façon de ne pas user le personnel trop vite.

Enfin, à l'heure où le canton de Vaud se met aux réseaux et valorise la coopération entre les prestataires de soins pourquoi ne pas imaginer des institutions, certes en concurrence, mais qui mettraient leurs moyens ensemble pour recruter, former, faciliter les passages entre établissements, harmoniseraient les conditions de travail et soutiendraient leurs soignants ?

Un mouvement dans ce sens semble s'amorcer avec les Nouvelles Orientations de la Politique Sanitaire vaudoise et la constitution du réseau ARCOS dont le CHUV fera partie pourrait en être le support.

6. CONCLUSION

En arrivant au terme de ce travail, j'aimerais reprendre mon questionnement de départ : le turnover des infirmières au CHUV est-il réellement élevé, est-il possible et souhaitable de l'abaisser ? Et suis-je mieux armée après cette recherche pour répondre à ces questions ?

Il me manque toujours un certain nombre de données – non récoltées ou confidentielles – aussi bien de la part du CHUV que d'autres institutions pour pouvoir comparer et porter un jugement sur ces taux. De même, une difficulté que j'ai rencontrée a été de pouvoir isoler le phénomène du turnover d'autres changements et turbulences qui agitent la profession ainsi que les éléments spécifiques au CHUV de ceux inhérents à la profession.

Si je compare dans le temps, le CHUV a connu des taux plus élevés (mais peut-être dans des temps plus calmes) et ce taux a récemment réaugmenté : est-ce que ce sera un artefact ou une reprise durable du mouvement ?

Si je regarde les chiffres, 18 à 20% de turnover correspondent à une durée de vie moyenne au CHUV de 5 à 6 ans ; pour une profession féminine, parfois pénible, recourant largement à du personnel étranger, ce n'est pas le tonneau des Danaïdes.

En ce qui concerne les possibilités d'agir sur ces taux, je dirais avec SEKIOU et BLONDIN ⁵¹ que « *si beaucoup d'organisations semblent s'inquiéter du roulement de leurs ressources humaines, peu enregistrent systématiquement le phénomène et les coûts qui en découlent* ». Il apparaît dès lors difficile d'évaluer l'impact de mesures prises ou envisagées pour réduire ce roulement.

Pour ce qui est de la question de savoir si il est souhaitable d'abaisser ce taux, je réponds affirmativement car le turnover, s'ajoutant aux autres facteurs de pénibilité, est réellement ressenti difficilement au niveau des soignants et des équipes de travail et les conséquences ne sont pas négligeables. Or, je suis persuadée que pour soigner autrui il faut être soi-même bien traité et pouvoir exercer ce métier à satisfaction de la population, des institutions et des employés.

Je conclurai en disant que ce travail m'a permis de rencontrer des personnes à des postes divers, ayant une perception parfois très différente de la question qui m'intéressait et que cela m'a interrogé sur mon identité et ma place dans ce monde des soins ; je ressens une forte proximité avec les soignants bien que pouvant comprendre des perspectives différentes.

yy ⁵¹ SEKIOU L., BLONDIN L. et al., *“gestion des ressources humaines”*, Bruxelles : De Boeck Université, 1998

7. BIBLIOGRAPHIE

- CADIN L., GUERIN F., PIGEYRE F.,** « *Gestion des ressources humaines* », Paris : Dunod, 1997
- CANDAU P.,** « *Audit social* », Paris : Vuibert gestion, 1985
- CHUV - direction des soins infirmiers ,** « *Rapport annuel 1999* », avril 2000
- **Bureau de Gestion du Personnel,** « *Statistiques 1999* »
 - **Commission paritaire,** « *Rapport de la Commission paritaire sur la surcharge et la pénibilité du travail au CHUV* », janvier 1999
- COLLIERE M.-F.,** « *Promouvoir la vie* », Paris : InterEditions, 1982
- COTE N., BELANGER L., JACQUES J.,** « *La dimension humaine des organisations* », Montréal : G.Morin Editeur, 1994
- CREMADEZ M., GRATEAU F.,** « *Le management stratégique hospitalier* », Paris : InterEditions, 1992
- CROZIER M., FRIEDBERG E.,** « *L'acteur et le système* », Paris : Seuil, 1977
- DELAY Ph.,** « *Cours : organisation et gestion des ressources humaines* », UNIL, 1999- 2000
- EMERY Y., GONIN F.,** « *Dynamiser les ressources humaines* », Lausanne : Presses Polytechniques Universitaires Romandes, 1999
- ETAT DE VAUD,** « *Annuaire de statistiques sanitaires du canton de Vaud 1998-1999* », Lausanne : DSAS, 2000
- EUROCARE ,** [http:// www.eurocareconsulting. Com/](http://www.eurocareconsulting.com/) , 11/09/2000
- FRANCES R.,** « *La satisfaction dans le travail et l'emploi* », Paris, P.U.F., 1981
- GALAMBAUD B.,** « *Des hommes à gérer* », Paris : Entreprise Moderne d'Édition, 1983
- GILLIAND P. (travaux réunis par),** « *Les défis de la santé : les professionnels* », Lausanne : Réalités Sociales, 1980
- GONNET F.,** « *L'hôpital en question(s)* », Paris : Lamarre, 1992
- HERZBERG H.,** « *Le management* », Paris : les Editions d'Organisation, 1989
- HEES M.,** « *Le management : science, art, magie ?* », Paris : Seli Arslan, 2000
- HOM P., GRIFFETH R.,** « *Employee turnover* », Cincinnati : South-Western College Publishing, 1995
- HOSPICES CANTONAUX,** « *Rapport annuel 1998* », Etat de Vaud, DSAS, 1998
- « *Le bloc-note des Hospices* », numéro 23, septembre 1999
 - « *CHUV magazine* », numéro 6, février 1999
 - « *Rapport du Groupe santé du Grand Conseil* », séance du 30 mai 2000
- HUBINON M.,** « *Management des unités de soins* », Paris : De Boeck Université, 1998

LANZA D., « *Identités au travail et socialisation professionnelle : le cas des infirmières* », mémoire de l'Université de Genève, FSES, 1997

MAILLEFER C., « *Pénurie infirmière : mythe ou réalité ?* », mémoire de fin d'études en soins infirmiers, Ecole de Bois-Cerf, août 2000

MARTIN J., KLEIBER Ch., TINTURIER G. (sous la direction de), « *Maîtrise des coûts dans l'économie hospitalière* », Cahiers d'études de la SGGP, numéro 6, mai 1982

MARTORY B., CROZET D., « *Gestion des ressources humaines* », Paris : Nathan, 1988

MARTORY B., « *Les tableaux de bord sociaux* », Paris : Nathan, 1992

MINTZBERG H., « *Le management* », Paris : les Editions d'Organisation, 1998

MOWDAY R.T., PORTER L.W., STEERS R.M., « *Employee-organization linkages – the psychology of commitment, absenteeism and turnover* », New-York : Academic Press, 1982

PERETTI J.-M., « *Ressources humaines* », Paris : Vuibert, 1998

PETITAT A., « *Les infirmières : de la vocation à la profession* », Montréal : Boréal, 1989

PRICE J.L., « *The study of turnover* », Ames : the Iowa State University Press, 1977

SAINSAULIEU R., « *L'identité au travail* », Paris : Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, 1985

SEKIOU L., BLONDIN L. et al., « *Gestion des ressources humaines* », Bruxelles : De Boeck Université, 1998

SERVICE DE LA SANTE PUBLIQUE DU CANTON DE VAUD, « *Evaluation des besoins en professionnels de la santé dans le canton de Vaud* », ISE, avril 1999

SEYBOLT J.W., PAVETT C., WALKER D., « *Turnover among nurses : it can be managed* », Journal of nursing Administration, September 1978

STANKIEWICZ F., « *Economie des ressources humaines* », Paris : Editions La Découverte, 1999

TAI T.W., BAME S.I., ROBINSON C.D., « *Review of nursing turnover research, 1977-1996* », Social Science & Medicine, 47 (12) : 1905-24, 1998 Dec.

TIMAR S., « *Imbroglío dans les équipes soignantes hospitalières* », Paris : TSA Editions, 1993

WEYERMANN U., « *Pénurie de personnel infirmier* », Revue Soins Infirmiers , 7/2000

ANNEXES

- **DONNEES DU BUREAU DE GESTION DU PERSONNEL**
- **DONNEES DU CHUV**

AGE

no fonction	165	1	6	13	17.5	10.6	8	21.3	15.5	13.45	13.85	4.5	7.5	4	2.5	3.7	4	2.4	4.2	1.9	1.2	0.8	3	0.4	1	0.7	0.6	0.4	0.8	0.5	1	0.4	0.5	2
639 INFIRMIER	165	1	6	13	17.5	10.6	8	21.3	15.5	13.45	13.85	4.5	7.5	4	2.5	3.7	4	2.4	4.2	1.9	1.2	0.8	3	0.4	1	0.7	0.6	0.4	0.8	0.5	1	0.4 <td>0.5<td>2</td></td>	0.5 <td>2</td>	2
827 1ER INFIRMIER	3.4												0.9					0.7	0.8															
1135 INFIRMIER AVEC SPEC.	24.2						1	1	3		2.6	1.6	1	2.5	1		2.1	1.4	0.8	2.8	0.6			0.9		0.9								
1136 1ER INF. AVEC SPEC.	4.1													1	0.8																			
Totaux	196.7	1	6	13	17.5	10.6	9	22.3	18.5	13.45	16.45	6.1	8.5	8.4	3.5	4.3	6.1	4.5	5.6	4.7	1.8	0.8	3	1.3	0.5	1.9	0.7	1.6	0.4	0.6	0.4	0.5 <td>2</td>	2	

SOURCE : statistiques, Bureau de Gestion du Personnel, CHUV
infirmières diplômées ayant quitté le CHUV durant l'année 1999

fonction	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	601	602	603	604	605	606	607	608	609	610	611	612	613	614	615	616	617	618	619	620	621	622	623	624	625	626	627	628	629	630	631	632	633	634	635	636	637	638	639	640	641	642	643	644	645	646	647	648	649	650	651	652	653	654	655	656	657	658	659	660	661	662	663	664	665	666	667	668	669	670	671	672	673	674	675	676	677	678	679	680	681	682	683	684	685	686	687	688	689	690	691	692	693	694	695	696	697	698	699	700	701	702	703	704	705	706	707	708	709	710	711	712	713	714	715	716	717	718	719	720	721	722	723	724	725	726	727	728	729	730	731	732	733	734	735	736	737	738	739	740	741	742	743	744	745	746	747	748	749	750	751	752	753	754	755	756	757	758	759	760	761	762	763	764	765	766	767	768	769	770	771	772	773	774	775	776	777	778	779	780	781	782	783	784	785	786	787	788	789	790	791	792	793	794	795	796	797	798	799	800	801	802	803	804	805	806	807	808	809	810	811	812	813	814	815	816	817	818	819	820	821	822	823	824	825	826	827	828	829	830	831	832	833	834	835	836	837	838	839	840	841	842	843	844	845	846	847	848	849	850	851	852	853	854	855	856	857	858	859	860	861	862	863	864	865	866	867	868	869	870	871	872	873	874	875	876	877	878	879	880	881	882	883	884	885	886	887	888	889	890	891	892	893	894	895	896	897	898	899	900	901	902	903	904	905	906	907	908	909	910	911	912	913	914	915	916	917	918	919	920	921	922	923	924	925	926	927	928	929	930	931	932	933	934	935	936	937	938	939	940	941	942	943	944	945	946	947	948	949	950	951	952	953	954	955	956	957	958	959	960	961	962	963	964	965	966	967	968	969	970	971	972	973	974	975	976	977	978	979	980	981	982	983	984	985	986	987	988	989	990	991	992	993	994	995	996	997	998	999	1000	1001	1002	1003	1004	1005	1006	1007	1008	1009	1010	1011	1012	1013	1014	1015	1016	1017	1018	1019	1020	1021	1022	1023	1024	1025	1026	1027	1028	1029	1030	1031	1032	1033	1034	1035	1036	1037	1038	1039	1040	1041	1042	1043	1044	1045	1046	1047	1048	1049	1050	1051	1052	1053	1054	1055	1056	1057	1058	1059	1060	1061	1062	1063	1064	1065	1066	1067	1068	1069	1070	1071	1072	1073	1074	1075	1076	1077	1078	1079	1080	1081	1082	1083	1084	1085	1086	1087	1088	1089	1090	1091	1092	1093	1094	1095	1096	1097	1098	1099	1100	1101	1102	1103	1104	1105	1106	1107	1108	1109	1110	1111	1112	1113	1114	1115	1116	1117	1118	1119	1120	1121	1122	1123	1124	1125	1126	1127	1128	1129	1130	1131	1132	1133	1134	1135	1136	1137	1138	1139	1140	1141	1142	1143	1144	1145	1146	1147	1148	1149	1150	1151	1152	1153	1154	1155	1156	1157	1158	1159	1160	1161	1162	1163	1164	1165	1166	1167	1168	1169	1170	1171	1172	1173	1174	1175	1176	1177	1178	1179	1180	1181	1182	1183	1184	1185	1186	1187	1188	1189	1190	1191	1192	1193	1194	1195	1196	1197	1198	1199	1200	1201	1202	1203	1204	1205	1206	1207	1208	1209	1210	1211	1212	1213	1214	1215	1216	1217	1218	1219	1220	1221	1222	1223	1224	1225	1226	1227	1228	1229	1230	1231	1232	1233	1234	1235	1236	1237	1238	1239	1240	1241	1242	1243	1244	1245	1246	1247	1248	1249	1250	1251	1252	1253	1254	1255	1256	1257	1258	1259	1260	1261	1262	1263	1264	1265	1266	1267	1268	1269	1270	1271	1272	1273	1274	1275	1276	1277	1278	1279	1280	1281	1282	1283	1284	1285	1286	1287	1288	1289	1290	1291	1292	1293	1294	1295	1296	1297	1298	1299	1300	1301	1302	1303	1304	1305	1306	1307	1308	1309	1310	1311	1312	1313	1314	1315	1316	1317	1318	1319	1320	1321	1322	1323	1324	1325	1326	1327	1328	1329	1330	1331	1332	1333	1334	1335	1336	1337	1338	1339	1340	1341	1342	1343	1344	1345	1346	1347	1348	1349	1350	1351	1352	1353	1354	1355	1356	1357	1358	1359	1360	1361	1362	1363	1364	1365	1366	1367	1368	1369	1370	1371	1372	1373	1374	1375	1376	1377	1378	1379	1380	1381	1382	1383	1384	1385	1386	1387	1388	1389	1390	1391	1392	1393	1394	1395	1396	1397	1398	1399	1400	1401	1402	1403	1404	1405	1406	1407	1408	1409	1410	1411	1412	1413	1414	1415	1416	1417	1418	1419	1420	1421	1422	1423	1424	1425	1426	1427	1428	1429	1430	1431	1432	1433	1434	1435	1436	1437	1438	1439	1440	1441	1442	1443	1444	1445	1446	1447	1448	1449	1450	1451	1452	1453	1454	1455	1456	1457	1458	1459	1460	1461	1462	1463	1464	1465	1466	1467	1468	1469	1470	1471	1472	1473	1474	1475	1476	1477	1478	1479	1480	1481	1482	1483	1484	1485	1486	1487	1488	1489	1490	1491	1492	1493	1494	1495	1496	1497	1498	1499	1500	150
----------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-----

no fonction	Libelle	Total des eq.	Celibataires	Maries	Veufs
539	INFIRMIER	165	114.4	6.1	44.5
827	1ER INFIRMIER	3.4	1.4		2
1135	INFIRMIER AVEC SPEC.	24.2	17.9	1.6	4.7
1136	1ER INF. AVEC SPEC.	4.1	3.5		0.6
Totaux		196.7	137.2	7.7	51.8

SOURCE : statistiques, Bureau de Gestion du Personnel, CHUV
infirmières diplômées ayant quitté le CHUV durant l'année 1999

nationalité

	ALLEMAGNE	ANVERS	BELGIQUE	CANADA	ESPAGNE	FRANCE	GRANDE-BRETAGNE	IRLANDE	ITALIE	PAIS-BAS	PORTUGAL	SUEDE	SUISSE	USA
539 INFIRMIER	165	1	3.5	56.7	1	34.35	1.25	0.9	2.7	0.9	2.6	59	0.1	
827 1ER INFIRMIER	3.4									0.2			3.2	
1135 INFIRMIER AVEC SPEC.	24.2		2.9	3.6		5.4						0.8	11.5	
1136 1ER INF. AVEC SPEC.	4.1					0.6							3.5	
Totaux	196.7	1	6.4	60.3	1	40.35	1.25	0.9	2.7	1.1	2.6	0.8	77.2	0.1

SOURCE : statistiques, Bureau de Gestion du Personnel, CHUV
infirmières diplômées ayant quitté le CHUV durant l'année 1999

taux d'activité

Proportion	Libelle	Total	10	20	25	30	35	40	50	60	70	75	80	90	100
539	INFIRMIER	165	0.2	0.2	0.25			1.2	6.5	5.4	3.5	0.75	4	18	125
827	1ER INFIRMIER	3.4		0.2				0.4	1				0.8		1
1135	SPEC.	24.2					0.3	0.8	0.5	3	0.7		3.2	2.7	13
1136	SPEC.	4.1							0.5	0.6					3
		198.7	0.2	0.4	0.25	0.3	2.4	8.5	9	4.2	0.75	8	21	142	

SOURCE : statistiques, Bureau de Gestion du Personnel, CHUV
infirmières diplômées ayant quitté le CHUV durant l'année 1999

motifs départ

no fonction	libelle	Totaletopt	Démission	écartancecontul	invalides	renvol	retaille	transfert
539	INFIRMIER	165	152	11		1	0.8	0.2
827	1ER INFIRMIER	3.4	2.2	0.2			1	
1135	INFIRMIER AVEC SPEC.	24.2	23.4				0.8	
1136	1ER INF. AVEC SPEC.	4.1	2.6		0.5		1	
Totaux		196.7	180.2	11.2	0.5	1	3.6	0.2

SOURCE : statistiques, Bureau de Gestion du Personnel, CHUV infirmières diplômées ayant quitté le CHUV durant l'année 1999

motifs départ selon situation familiale

fonction	statut	Champs	totalise	114.4	103.4	11	0.5	1	3.6	0.2
539 INFIRMIER	Célibataire			114.4	103.4	11				
539 INFIRMIER	divorcé			6.1	6.1					
539 INFIRMIER	Marlé			44.5	42.5			1	0.8	0.2
827 1ER INFIRMIER	Célibataire			1.4	1.2	0.2				
827 1ER INFIRMIER	Marlé			2	1				1	
1135 INFIRMIER AVEC SPEC.	Célibataire			17.9	17.1				0.8	
1135 INFIRMIER AVEC SPEC.	divorcé			1.6	1.6					
1135 INFIRMIER AVEC SPEC.	Marlé			4.7	4.7					
1136 1ER INF. AVEC SPEC.	Célibataire			3.5	2		0.5		1	
1136 1ER INF. AVEC SPEC.	Marlé			0.6	0.6					
			196.7		180.2	11.2	0.5	1	3.6	0.2

SOURCE : statistiques, Bureau de Gestion du Personnel, CHUV
infirmières diplômées ayant quitté le CHUV durant l'année 1999

ENTREES INFIRMIERES/ERS DIPLOMEES/ES JANVIER - DECEMBRE 1999

MOIS	Départ Médecine	Départ. Chirurgie	Départ. Mère-enf.	Départ. C interd.	Totaux
Janvier	7	9	3	8	27
Février	10	3	4	1	18
Mars	6	3	1	5	15
Avril	9	6	9	2	26
Mai	10	8	3	8	29
Juin	4	4	2	4	14
Juillet	4	2	3	2	11
Août	4	6	3	6	19
Septembre	12	24	7	8	51
Octobre	8	6	9	7	30
Novembre	6	7	8	7	28
Décembre	4	2	0	6	12
Totaux	84	80	52	64	280



SORTIES INFIRMIERES/ERS DIPLOMEES/ES JANVIER - DECEMBRE 1999

MOIS	Départ Médecine	Départ Chirurgie	Départ Mère-enf.	Départ C interd.	Totaux
Janvier	4	1	6	3	14
Février	3	8	5	4	20
Mars	3	7	-	4	14
Avril	8	7	3	3	21
Mai	3	6	7	7	23
Juin	5	6	9	8	28
Juillet	2	1	2	3	8
Août	9	4	7	6	26
Septembre	9	9	9	7	34
Octobre	-	5	3	4	12
Novembre	7	4	4	3	18
Décembre	3	4	2	6	15
Totaux	56	62	57	58	233

☐ Attention : Les chiffres de décembre sont des projections

ENTREES - SORTIES INFIRMIERES DIPLOMEES

CHUV - Direction des soins infirmiers

08.12.99

ENTREES INFIRMIERES/ERS DIPLOMEES/ES JANVIER - DECEMBRE 2000

MOIS	Départ. Médecine	Départ. Chirurgi e	Départ. Mère-enf.	Départ. C. interd.	Totaux
Janvier	7	5	5	7	24
Février	5	6	10	4	25
Mars	4	11	6	5	26
Avril	5	10	11	6	32
Mai	6	6	3	6	21
Juin	5	7	2	2	16
Juillet	6	8	4	6	24
Août	4	4	2	4	14
Septembre	8	12	10	13	43
Octobre	12	5	10	7	34
Novembre	8	14	5	1	29
Décembre	1	2		1	4
Totaux	71	90	68	63	292

Attention : Les chiffres grisés sont des projections

SORTIES INFIRMIERES/ERS DIPLOMEES/ES JANVIER - DECEMBRE 2000

MOIS	Départ Médecine	Départ Chirurgie	Départ Mère-enf.	Départ G. interd.	Totaux
Janvier	3	6	6	6	21
Février	2	4	7	4	17
Mars	5	3	4	2	14
Avril	2	4	5	3	14
Mai	7	2	6	9	24
Juin	2	6	8	5	21
Juillet	5	5	6	9	25
Août	11	7	5	8	31
Septembre	6	9	9	4	28
Octobre	3	9	6	10	28
Novembre	2	4	3	2	11
Décembre	4	7	2	3	16
Totaux	52	66	67	65	250

Attention : Les chiffres grisés sont des projections